

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 176

ÉVOLUTION DES IDÉES DE LAENNEC

TOUCHANT L'AUSCULTATION MÉDIATE
LA SÉMÉIOLOGIE DES AFFECTIONS PULMONAIRES
ET LES PRODUCTIONS ACCIDENTELLES
DÉVELOPPÉES DANS LE POUMON

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 Juillet 1933

PAR

Marie-Joseph-Raoul-Marcel JAUBERT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

Né à LALINDE (Dordogne), le 2 août 1893.

Examineurs de la Thèse	{	MM. MAURIAC, professeur.....	Président.
		CARLES, professeur.....	Juges.
		CREYX, professeur.....	
		PIÉCHAUD, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1933

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 176

ÉVOLUTION DES IDÉES DE LAENNEC

TOUCHANT L'AUSCULTATION MÉDIATE
LA SÉMÉIOLOGIE DES AFFECTIONS PULMONAIRES
ET LES PRODUCTIONS ACCIDENTELLES
DÉVELOPPÉES DANS LE POUMON

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 Juillet 1933

PAR

Marie-Joseph-Raoul-Marcel JAUBERT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

Né à LALINDE (Dordogne), le 2 août 1893.

Examineurs de la Thèse	{	MM. MAURIAC, professeur.....	Président.
		CARLES, professeur.....	Juges.
		CREYX, professeur.....	
		PIÉCHAUD, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR

6, Place Saint-Christoly

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique médicale..... MAURIAC.	Zoologie et parasitologie..... MANDOU.
id..... CASSAET.	Médecine expérimentale..... DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale..... CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique..... TEULIÈRES.
id..... BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.. ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales... CARLES.	Clinique gynécologique..... GUYOT.
Clinique d'accouchements..... ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.. CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique. SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale..... DELAUNAY.
Anatomie..... VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique... SIGALAS.
Anatomie générale et histologie..... G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques. BONNIN.
Physiologie..... PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques. PETGES.
Hygiène..... LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires. DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie..... LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales. ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médie. RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... PORTMANN.
Chimie..... CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée..... LABAT.
Botanique et matière médicale..... BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.. CREYX.
Pharmacie..... DUPOUY.	Clinique dentaire..... GAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie..... DUBECQ.	Chirurgie générale..... PAPIN.
id..... DUFOUR.	id..... JEANNENEY.
Physiologie..... FABRE.	id..... CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles..... R. SIGALAS.	id..... LOUBAT.
Médecine générale..... N.	Obstétrique..... RIVIÈRE.
id..... AUBERTIN.	Ophtalmologie..... BEAUVIEUX.
id..... DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie..... JOULIA.
id..... PIÉCHAUD.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie. VITTE
id..... DELMAS-MARSALET.	

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Médecine opératoire..... PAPIN.	Puériculture..... FAUGÈRE.
Physiologie..... FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.. GOLSE.
Accouchements..... PERY.	Zoologie et parasitologie..... R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....	MM. CABANNES.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.	
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....	GOURDON.
id..... Clinique dentaire.....	DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A NOTRE PERE

Qui vient de nous quitter

A LA MEMOIRE VENEREE DE
LOUISE TABUTEAU, MARQUISE DE MALET-ROQUEFORT,

NOTRE BELLE-MÈRE

A NOTRE CHERE FEMME
NÉE MARGUERITE DE MALET-ROQUEFORT,

Compagne aimée des jours malheureux
comme des heureux.

A NOTRE MAMAN

A JEAN-LUC, GABRIEL ET MARIE-ANNE JAUBERT

A NOTRE SŒUR ANNE-MARIE

AU DOCTEUR JEAN-PIERRE HUGUES

A MON PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE MAURIAC

*Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

TABLE DES MATIERES

	Pages
AVANT-PROPOS	XI
INTRODUCTION	1

PREMIERE PARTIE

Concordance de la vie de Laënnec avec son œuvre.

CHAPITRE I. — <i>Dates principales</i>	3
CHAPITRE II. — <i>La « manière » de M. Laënnec et la « manière » de M. Broussais</i>	11
CHAPITRE III. — <i>Caractéristiques bibliographiques. — Historique.</i> Fac-similé des pages de titre.	17
CHAPITRE IV. — <i>Le stéthoscope (Voir Historique des éditions « Ultima verba »)</i>	23

DEUXIEME PARTIE

Concordance des deux premières éditions.

I. — Variantes de l'introduction des éditions I et II.....	29
II. — Table de correspondance des chapitres des deux éditions de Laënnec publiées de son vivant.....	42

TROISIEME PARTIE

Séméiologie pulmonaire.

I. — Séméiologie pulmonaire (ordre comparé des parties dans les deux premières éditions)	51
II. — Exploration de la poitrine	53

QUATRIEME PARTIE

Des productions accidentelles développées dans le poumon.

I. — Des kystes	70
II. — Des vers vésiculaires	70
III. — Concrétions cartilagineuses, osseuses, etc.	71
IV. — Des mélanoses	71
V. — Des encéphaloïdes	71
VI. — Affections des vaisseaux et nerfs du poumon.....	72
VII. — Asthme	73
VIII. — Phthisie pulmonaire	79
CONCLUSIONS	103
BIBLIOGRAPHIE	108

AVANT-PROPOS

Qu'il nous soit permis, au moment de quitter l'Hôpital Saint-André et les gradins de la Faculté, d'adresser un souvenir pieux à celui qui fut notre premier maître, le Professeur Xavier Arnozan.

Son bon regard, son fin sourire, l'allure un peu voûtée et lasse de certains matins d'hiver, les dernières années de sa noble vie (quand il arrivait dans la salle, le pardessus jeté sur les épaules, manches ballantes, et que nous nous empressions au-devant de lui); ses deux poings, appuyés au lit du malade, la tête un peu enfoncée dans les épaules, les cheveux et la moustache d'argent, et ces mains un peu lourdes, agiles, douces, divinatrices : alors, nous nous souvenons, il interrogeait et nous considérait, indulgent, sceptique, un peu narquois. Nous le revoyons, au moment où nous écrivons ces notes liminaires, avec une indicible émotion, et nous retenons de l'appeler « père », car il n'est pas de vocable de vénération plus affectueuse que nous puissions imaginer.

Il nous semble aussi qu'en saluant à sa place, dans le même service, son disciple préféré, le Professeur Mauriac, en constatant que nous lui devons à peu près tout, non pas seulement le peu de science que nous avons pu acquérir de lui (nous nous excusons et nous accusons ici que ce soit si peu), mais le goût de la profession médicale, le sens de nos devoirs et responsabilités professionnelles, surtout le désir, l'espoir de bien faire; et, en quelque humble manière, de le « refléter » jusqu'au dernier jour de pratique qui nous sera donné. Il nous semble qu'en lui disant du plus profond du cœur : « Merci, notre maître ! », c'est un peu vers M. Arno-

zan que nous nous efforçons de tendre l'hommage de notre gratitude.

Au grand disparu, pas plus qu'à M. Mauriac, nous ne disons un définitif adieu, car à chaque jour de notre vie de médecin ils nous accompagneront de leur exemple et de leur formation professionnelle à laquelle ils nous ont ployé. Ainsi nous savons que nous ne les quittons pas; qu'aux heures difficiles nous aurons les yeux fixés sur eux comme si nous continuions de suivre le service salle 6 ou salle 15.

Il n'y a pas de mots pour dire la douceur, la sécurité d'un tel sentiment.

Quant à notre ami le Professeur F. Piéchaud, l'ami et le professeur dévoués qui nous a enseigné à Feuillas, soutenu, épaulé, poussé en avant aux heures difficiles, irons-nous l'oublier ici ? Omettre de lui demander sa main et de la serrer affectueusement, de tout notre cœur reconnaissant ?

ÉVOLUTION DES IDÉES DE LAENNEC

TOUCHANT L'AUSCULTATION MÉDIATE LA SÉMEIOLOGIE DES AFFECTIONS PULMONAIRES ET LES PRODUCTIONS ACCIDENTELLES DÉVELOPPÉES DANS LE POUOM

« L'observation, l'expérience et le raisonnement se prêtant un mutuel appui, voilà, selon Hippocrate, les seuls moyens d'acquérir des connaissances en médecine et de parvenir au but de cette science : la guérison des maladies. »

(Note manuscrite de la main de LAENNEC annexée à l'exemplaire relié de la thèse de doctorat, ayant servi à la soutenance.)

INTRODUCTION

Il est aisé d'imaginer le retentissement du livre de Laënnec dans le monde médical du début du xix^e siècle. Il parut à tous les hommes avertis comme le signe d'un temps nouveau. Laënnec balayait devant lui un fatras d'obscurités, de routines, d'idées bien en place, officielles et caduques comme le vent de tempête une flottille de nuages. Supérieurement armé par ses solides études cliniques et anatomo-pathologiques, sûr de soi encore que modeste, caractère solidement trempé et inattaquable, passionné jusqu'à la violence et pourtant ne perdant jamais la maîtrise absolue de soi, d'une admirable probité scientifique, il était prêt pour la lutte, et, le chef-d'œuvre né, pour le défendre et l'imposer.

Sa santé fléchit vite au dur régime qu'il s'imposait. Il succomba à l'âge où d'autres commencent à peine à faire figure dans le monde, mais, avant de partir, il avait eu le temps d'asseoir définitivement son œuvre.

Laënnec, à chaque article de son traité, donne l'impression qu'il innove, qu'il crée incessamment.

Emphysème, bacillose pulmonaire, pneumo-thorax, infarctus, chaque description se précise, prend une netteté, un relief incomparables. C'est l'œuvre définitive, accomplie, neuve et solide, au point que les siècles n'y ajouteront pour ainsi dire rien : le chef-d'œuvre. On songe au Parthénon sur son rocher, s'enlevant, doré et roux, sur un fond de ciel violet, au Parthénon oublié, déchiré, immuable. Ne semble-t-il pas que l'œuvre de Laënnec ait connu les mêmes injures et resplendisse aujourd'hui de la même gloire, qu'elle porte en soi un semblable caractère de perfection au point de rejeter dans l'ombre tout ce qui l'a précédé?

Cette œuvre est-elle sortie d'un seul jet, achevée, définitive de l'esprit de son créateur comme Athéna casquée, du cerveau de Zeus, ou bien fut-elle fortement remaniée et repensée par lui au cours de la deuxième et définitive édition qu'il en donna de son vivant? Nous nous sommes efforcé de le rechercher en ce qui concerne deux parties importantes de cette œuvre : a) la séméiologie des affections pulmonaires, et notamment l'auscultation médiate qui donne son titre au livre; b) la phtisie et plus généralement les productions accidentelles développées dans le poumon. Auparavant, quelques considérations nous ont paru utiles sur les concordances de la vie de Laënnec avec son œuvre, et surtout celles des divers chapitres des deux éditions sorties directement de ses mains de 1819 et 1826.

Partant de la seconde de ces éditions, que nous pouvons considérer comme définitive, nous nous sommes efforcé, par un examen serré des textes, de dégager ce qu'elle contient de nouveau par rapport à l'édition princeps de l'auscultation médiate en ce qui concerne les importants chapitres susénon-

cés, ainsi que l'ordre plus rigoureux des paragraphes. Pour ce qui est commun aux deux éditions, nous nous sommes borné à de courtes analyses de textes transposés sans modifications de l'une à l'autre quand c'était indispensable à l'intelligence des acquisitions et enrichissements nouveaux, renvoyant pour le reste des paragraphes communs à l'édition en deux volumes de 1819.

Une comparaison mot pour mot des introductions de la première et de la deuxième édition nous a paru intéressante en ce qu'elle montre le métier littéraire de Laënnec et les plus subtiles évolutions de sa pensée sur des points auxquels il tenait particulièrement.

PREMIÈRE PARTIE

CONCORDANCE DE LA VIE DE LAENNEC
AVEC SON ŒUVRE

CHAPITRE PREMIER

DATES PRINCIPALES
DE LA VIE ET DE L'ŒUVRE DE LAENNEC

1781. Février 17. — Naissance de Laënnec à Quimper.
1786. — Mort de sa mère; il est confié à son oncle Michel Laënnec, recteur d'Elliant.
1789. — Laënnec chez son oncle Guillaume, médecin à Nantes.
1795. — Second mariage de son père. Laënnec choisit la carrière médicale.
1800. Janvier. — Chirurgien de 3^e classe à l'armée du Morbihan.
1801. Avril. — Arrivée à Paris. Inscription à l'Ecole principale de Santé et à l'Hôpital de l'Unité (La Charité) dans le service de Corvisart.
- Formation de la Société d'instruction médicale.
- Cours d'Anatomie pathologique de Bichat.
- Aphorisme recueilli aux leçons du citoyen Corvisart, par René-Théophile-Hyacinthe Laënnec.
- Octobre. — Admission à l'Ecole pratique (dissections, au-
Leçons de Dupuytren.
1802. Février 28. — Bayle (soutenance de sa thèse).
- Juillet 12. — Mort de Bichat pendant l'impression de son
Traité d'Anatomie descriptive.

Septembre. — Premier article de Laënnec dans le *Journal de médecine* : **Analyse du traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne de Benjamin Bell**, et Mémoire original sur les **Inflammations du péritoine**.

Collaboration de Laënnec avec Bayle au *Traité d'Anatomie pathologique de Dupuytren*.

Collaboration au *Journal de médecine*.

Observations sur un cas de suicide commis avec un rasoir. — Notes sur une membrane du cerveau.

1803. Février. — **Notes sur la bourse séreuse sous-deltôïdienne.**

Lettre à Dupuytren sur les **Tuniques qui enveloppent certains viscères** (le foie, la rate, le rein, le poumon).

1803. Août 16. — Concours de l'An XI.

Septembre 3. — Premier prix de médecine.

Premier prix de chirurgie.

Octobre. — Concours de l'Ecole pratique. Laënnec hors concours (on le prie de ne pas concourir, tous les candidats ayant renoncé à lutter contre lui).

Il cesse de collaborer au *Traité d'Anatomie pathologique* de Dupuytren, préférant développer ses idées personnelles en anatomie pathologique.

Novembre. — Première leçon de son Cours public.

Décembre. — Admission de Laënnec à la Société anatomique de Dupuytren.

^ Mémoire sur deux cas de **Persistance du trou de Botal**.

Novembre 1803 à Mars 1804. — Cours public d'Anatomie pathologique. Sujet : **Altérations de texture par le développement d'asphyxie accidentelle**.

Automne 1804-1805. — Cours public d'Anatomie pathologique (suite du développement du même sujet).

1804. Février 27. — Premier examen de doctorat : Anatomie et Physiologie.

Mars 6. — Deuxième examen de doctorat : Pathologie médicale et Nosographie.

Mars 30. — Troisième examen de doctorat : Matière médicale et Pharmacie.

Mars 31. — Quatrième examen de doctorat : Hygiène et médecine légale.

Avril 7. — Cinquième examen de doctorat : Clinique médicale.

- Juin 11. — Thèse de doctorat : **Proposition sur la doctrine d'Hippocrate relativement à la médecine pratique.** Deux thèses (l'une en latin, l'autre en français) comme d'usage.
- Juin. — Articles du *Journal de médecine.*
- Juin 16. — Société de l'Ecole. Mémoire sur les **Vers vésiculaires, particulièrement sur ceux qui se trouvent dans le corps humain.**
1804. Juillet. — Elu avec Bayle membre associé adjoint de la Société de médecine.
Rédacteur attitré au *Journal de médecine.*
- Novembre. — Article de Dupuytren sur les altérations de structure par le développement d'asphyxie accidentelle.
- Hiver 1804-1805. — Polémique avec Dupuytren.
1805. Février. — Réponse de Laënnec dans le *Journal de médecine.* Il réclame la priorité des idées sur les altérations de structure par le développement.
- Janvier. — Société de l'Ecole : Mémoire sur les **Vers ascarides lombricaux.**
- Février. — Société de l'Ecole : Mémoire sur un **Ver trouvé par Chartier.**
- Juillet. — Société de l'Ecole : Mémoire sur le **Cysticerque à double vessie.**
- Août. — Société de l'Ecole : Mémoire sur un cas de **Dilatation de la valvule mitrale du cœur.**
1806. Janvier. — Société de l'Ecole : Mémoire sur la **Mélanose.**
- Février. — Cours public d'anatomie pathologique. Rédacteur actionnaire au *Journal de médecine.*
Laënnec se consacre sérieusement à la clientèle.
1807. Janvier. — Husson, Geoffroi et Lerminier sont nommés médecins adjoints à l'Hôtel-Dieu; Ruffin et Vergès, médecins des pages de l'Empereur.
- Mai. — Dupuytren, n'obtenant pas la chaire de pathologie externe, reste chef des travaux anatomiques, et Laënnec se voit privé de ce poste qu'il avait postulé.
Mémoire sur l'**Angine de poitrine.**
1808. — Démission de rédacteur du *Journal de médecine.* Médecin adjoint du 4^e dispensaire de la Société philanthropique.
Traité des phlegmasies chroniques de Broussais.

1809. — Médecin du cardinal Fesch.
1810. Janvier. — Mort de Michaud, frère de Laënnec.
Juin. — Mort de Thouret, professeur de la doctrine d'Hippocrate.
1810. Juin. — Laënnec se prépare au concours pour cette chaire qui fut supprimée en 1811.
1812. Mars. — Disgrâce du cardinal Fesch.
Laënnec nommé médecin suppléant à l'hôpital Beaujon.
Rédaction des articles d'Anatomie pathologique pour le premier grand Dictionnaire des sciences médicales en 60 volumes.
1814. — L'invasion. Laënnec à la Salpêtrière avec les conscrits bretons : le typhus.
En août, voyage en Bretagne. Aménagement du manoir de Kerlourarnec.
Fin octobre, retour à Paris.
1815. Mai. — Dilemme de maître Corentin Pen Kaln, ancien boursier du collège Sainte-Barbe, actuellement magister à Ker Netra, dans les montagnes d'Arre (Finistère). Inédit, manifeste monarchique de Laënnec.
Le rétablissement de la féodalité était-il plus à craindre sous le gouvernement du roi que sous l'empire de Buonaparte? (Imprimé à Gand, manifeste monarchique).
1816. Janvier. — *Traité d'Anatomie pathologique de Cruveilhier.*
Mai 11. — Mort de Bayle à 41 ans (de phtisie).
Juin 5. — Rencontre de Becquey, ami de Laënnec, devenu directeur de l'Instruction publique. Il lui offre Necker.
Septembre. — Médecin honoraire de la Société philanthropique.
Septembre 4. — Médecin de l'Hôpital Necker.
Septembre. — *Examen de la doctrine généralement adoptée par Broussais.*
Fin septembre au commencement d'octobre. — Découverte du stéthoscope et de l'auscultation médiate.
1818. Août. — Maladie. Voyage en Bretagne.
Novembre 13. — Retour à Paris.
1819. Février. — Communication à l'Académie des sciences : Mémoire sur L'Auscultation à l'aide de divers ins-

truments d'acoustique employés comme moyens d'exploration dans les maladies des viscères thoraciques, et particulièrement dans la phtisie pulmonaire.

1819. Mai-Juin-Juillet. — Mémoire à la Faculté de Médecine sur
L'Auscultation à l'aide d'instruments d'acoustique employés comme moyens d'exploration dans les maladies des organes que renfermé la poitrine.

Août 15. — De l'auscultation médiate, ou traité du diagnostic des maladies des pumons et du cœur fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration (Première édition).

Octobre 8. — Maladie de Laënnec. Départ pour deux ans en Bretagne.

Été. — *Deuxième édition de l'examen de la Doctrine généralement adoptée par Broussais*. Violentes attaques contre Laënnec.

1821. Novembre 15. — Retour à Paris.

Décembre. — Médecin de la duchesse de Berry, grâce à Hallé.

Décembre 17. — Ouverture d'un cours de clinique à Necker.

1822. Juillet 31. — Professeur au Collège de France, où il prend la chaire de Hallé.

Novembre. — Suppression de la Faculté de médecine par ordonnance royale.

Décembre 2. — Leçon inaugurale au Collège de France. Réfutation des doctrines de Broussais et réponse à ses attaques.

1823. Janvier. — Membre de l'Académie de médecine.

Commission de la réorganisation de la Faculté. Laënnec en fait partie. Le Gouvernement lui offre la place de doyen qu'il refuse.

Février 8. — Mort de l'oncle Guillaume.

Mars 18. — Démission de Laënnec de Necker. Professeur de clinique médicale à la Charité : Laënnec y prend le service de Corvisart.

1824. Août 22. — Laënnec chevalier de la Légion d'honneur.

Septembre. — Voyage en Bretagne.

Décembre 16. — Mariage de Laënnec avec sa cousine Mme Argou, née Guichard-Guiguen.

1825. Printemps. — Espoirs de maternité de Mme Laënnec.

1825. Mai-Juillet. — Maladie de la femme de Laënnec; elle devient stérile.

1826. — Cours au Collège de France, à la Faculté, à la Charité.

Avril. — Première poussée grave de phtisie.

Traité de l'auscultation médiate (deuxième édition et définitive).

Avril 20. — Laënnec rédige son testament.

Mai 30. — Départ de Laënnec dans sa calèche pour Kerlouarnec. Il a demandé un congé à la Faculté, au Collège de France et fait ses adieux à la duchesse de Berry.

Août 13 (5 h. 1/2 du soir). — Mort de Laënnec à Kerlouarnec.

*
* *

1833. — *Troisième édition de l'examen de la doctrine généralement adoptée par Broussais*. 200 pages d'injures à l'adresse de Laënnec, mort depuis sept ans. (*L'invidia medicorum* a de profondes et tenaces racines.)

CHAPITRE II

LA « MANIERE » DE M. LAENNEC ET LA « MANIERE » DE M. BROUSSAIS

On ne résiste pas au plaisir de reproduire ici une belle page de Broussais dans le plus beau style Diafoirus-Homais.

Qu'on évoque en regard la langue sévère, condensée, claire, élégante, de Laënnec, véritable écriture médicale type.

(D'après le docteur Henri Bon, *Les grands catholiques : Laënnec*. Publications Lumière, Dijon, 1923.)

« Que l'on reporte maintenant ses regards en arrière » (temps obscurs où Broussais n'avait pas encore paru).

« Qu'on se rappelle tout ce que nous avons dit des vices si multipliés de la pratique médicale; qu'on se figure dans toutes les parties du monde civilisé des légions de médecins qui ne soupçonnent même pas l'existence des inflammations gastriques, ni l'influence de ces phlegmasies sur le reste des organes; qu'on se les représente, versant à flots des vomitifs, des remèdes échauffants, du vin, de l'alcool, des liquides imprégnés de bitume et de phosphore sur la surface sensible des estomacs phlogosés; que l'on contemple les suites de cette torture médicale, les agitations, les tremblements, les convulsions, les délires frénétiques, les cris de douleur, les physionomies grimaçantes, hideuses, le souffle brûlant de tous ces infortunés, qui sollicitent un verre d'eau pour étancher la soif qui les dévore, sans pouvoir obtenir autre chose qu'une nouvelle dose du poison qui les a réduits à ce cruel état; que l'on voie ces innombrables victimes passer de cette violente excitation à un abattement total, inonder leur couche de leurs

ordures, exhaler une odeur empestée, et terminer ainsi leurs souffrances et leur vie; que l'on pense aux dangers de ces mêmes crises, qui, quand elles ne sont pas elles-mêmes une cause de mort, peuvent laisser à leur suite des cécités, des surdités, des paralysies, un état d'imbécillité, la mutilation des membres, une santé tellement affaiblie qu'il faut des mois, des années et toute la vigueur du jeune âge pour revenir à l'état habituel de santé; que l'on promène ses regards sur la société pour y voir ces physionomies moroses, ces figures pâles ou plombées qui passent leur vie entière à écouter leur estomac digérer et chez qui les médecins rendent encore la digestion plus lente et plus douloureuse par des mets succulents, des vins généreux, des teintures, des élixirs, des pastilles, des conserves, jusqu'à ce que leurs victimes succombent à la diarrhée, à l'hydropisie ou au marasme; que l'on remarque à côté ces obstrués, qui remplissent journellement leurs vases du produits de leurs pilules ou de leurs eaux fondantes, jusqu'à ce qu'ils aient partagé le sort des précédents; que l'on observe ces tendres créatures à peines sorties du berceau, dont la langue se dessèche et rougit, dont le regard commence à exprimer la langueur, dont l'abdomen s'élève et devient brûlant, dont le cœur précipite ses pulsations sous l'influence des élixirs amers, des vins antiscorbutiques, des sirops sudorifiques, mercuriels, dépuratifs, qui doivent les conduire à la componsion ou à la mort; et que l'on examine attentivement ces jeunes gens d'un coloris brillant, pleins d'activité et de vie, qui commencent à tousser et chez lesquels on décuple l'irritation par les vésicatoires, le lichen, le quinquina, jusqu'à ce que l'opiniâtreté des accidents les fasse déclarer atteints des tubercules innés, et s'ajouter aux nombreuses victimes de l'entité qualifiée du nom de « phtisie pulmonaire ». Que l'on se persuade maintenant qu'en agissant avec énergie pour arrêter les phlegmasies dans leur première explosion et s'opposant pendant leur acuité et dans leur état chronique à l'influence des agents qui peuvent les entretenir, on diminuerait peut-être des 99/100^e la somme des calamités dont je

viens d'offrir le tableau, et que l'on se prononce ensuite si la médecine a été jusque-là plus nuisible qu'utile à l'humanité. »

DE LAËNNEC.

« Cette indication (de combattre les toux sèches de longue durée... en diminuant la viscosité tenace des sécrétions muqueuses et en augmentant leur liquidité), cette indication paraîtra peut-être reposer sur des théories humorales surannées; il est vrai qu'elle n'est ni de moi, ni de notre temps : Sarcone, après beaucoup d'autres, a fait de la médecine en la suivant. Je m'en sers comme d'une *x* algébrique pour examiner quelques-unes des propriétés d'une cause de maladie, chose qui, de sa nature, peut bien passer pour une inconnue, et je n'y attache d'ailleurs aucune importance; mais je puis assurer, ainsi que je l'ai déjà dit, que j'ai soulagé très notablement un très grand nombre de personnes atteintes d'emphysème du poulmon par l'usage longtemps continué des alcalis, des bains hydro-sulfureux, du savon, du polygala de Virginie, et enfin des médicaments que les médecins humoristes et chimistes des trois derniers siècles regardaient comme propres à corriger la viscosité des humeurs.

» Sans doute, il vaudrait mieux pouvoir se passer de toute espèce de théorie; mais cela est impossible : l'effet nombreux et disparate dont se composent la science et l'art du médecin ne se classent dans la mémoire qu'à l'aide d'un lien systématique quelconque. Il serait seulement à désirer qu'on mît moins d'importance à des idées qui ne sont, en quelque sorte, que l'échafaudage de la science et surtout qu'on ne s'y attachât pas tellement qu'on en vînt, comme il arrive trop souvent, à rejeter, avec les théories anciennes ou modernes étrangères à celles dont on se sert, l'effet même sur lequel elles s'appuient.

» Cette manière exclusive de voir, trop commune de nos jours, est, chez la plupart des médecins, l'effet du penchant

naturel qu'ont les hommes pour les opinions dans lesquelles ils ont été élevés. Bien peu de médecins sont capables, même après une longue pratique, de voir les objets sous un autre aspect que l'école de leur temps. Les esprits d'un ordre plus élevé et capables de voir par leurs propres yeux dès leurs premiers pas dans la carrière de l'observation ne le sont pas toujours de redresser les idées de leur jeunesse.

» On a souvent reproché aux médecins de changer fréquemment de méthodes de traitement et de combattre la même maladie par des moyens tout à fait opposés : jamais reproche ne fut plus mal fondé. Les bons praticiens seuls, dans tous les temps, ont changé quelquefois de méthode, et l'ont toujours fait à propos : la foule a toujours suivi le sentier tracé devant elle par l'école de son temps et s'est toujours attachée de préférence aux doctrines les plus exclusivistes, et par conséquent les plus simples...

» ... (Les) habiles praticiens savaient modifier leurs méthodes suivant les indications, et si la constitution régnante eût changé brusquement, ils auraient aussi su reconnaître que les maladies avaient changé de nature quoiqu'elles n'eussent pas changé de nom. Un grand nombre de leurs disciples, au contraire, ont continué de faire un emploi abusif des purgatifs et des vomitifs jusque dans ces dernières années, et malgré le caractère éminemment inflammatoire qu'ont pris depuis 1804 les maladies régnantes.

» Il est des esprits qui, lors même qu'ils ne manquent ni d'étendue ni de pénétration, semblent destinés, en quelque sorte, à se mouvoir dans une seule ligne, et à qui il est impossible de voir le même objet de plus d'un point de vue... Aucune méthode n'est blâmable absolument en elle-même; il est certain que l'alcool est quelquefois un excellent anti-phlogistique et que les saignées générales ou locales sont souvent fort utiles dans les fièvres dites putrides, mais combien peu d'esprits sont capables de s'élever au sage tâtonnement de Sydenham et d'abandonner leurs théories au moment où change le génie propre des constitutions médi-

cales ! Sans doute il serait plus commode de pouvoir s'en tenir avec sécurité à une seule méthode; l'art ne serait plus long et, l'expérience aurait enfin donné un démenti à cette sagesse antique, dont le mépris est un caractère commun à tous les hérésiarques de la médecine. »

La belle page de philosophie médicale et notamment de psychologie des médecins ! Page d'anthologie. La hauteur de la pensée s'y harmonise à la forme grave, austère, méditative. La phrase fortement construite et syntaxée a le nombre et l'équilibre, la forte construction classique du xvii^e siècle. Cette langue de Laënnec nous semble très proche de celle d'un Pascal et d'un Bossuet par la puissance aisée, l'équilibre des périodes, aussi par l'allure combative, l'avidité de convaincre le lecteur et de jeter bas les arguments de l'adversaire.

« S'il suffisait de sentir les difficultés de ce travail pour les vaincre, mon ouvrage aurait toute la perfection dont il est susceptible. Je les ai senties en rassemblant les matériaux, en les recueillant, en cherchant à exposer... dans la langue de mon pays, avec la pureté et le soin dont je ne crois pas que l'on doive se croire dispensé parce qu'on écrit sur les sciences. » (Matériaux pour une préface-documents inédits publiés à l'occasion du centenaire de Laënnec).

Il écrit cependant dans la préface de la première édition : « Quant au style, je ne l'ai soigné qu'autant que le demande le respect dû au public. »

C'est que Laënnec avait une riche culture grecque et latine. Pour l'enseignement des nombreux élèves étrangers qui se pressaient à sa visite à Necker ou à la Charité, il avait décidé de parler latin et déplorait que les traités de science pure ne fussent plus écrits dans cette langue : « J'ai regretté plus d'une fois en me les faisant lire que l'usage d'écrire en langue latine les ouvrages relatifs aux sciences soit aussi complètement perdu en Europe... »

Constatation triste mais sans aigreur de l'esprit de routine, de l'insuffisance de culture du plus grand nombre des pra-

ticiens, de leur manque de personnalité. Savoir reconnaître ses erreurs, se libérer des contingences et des vaines questions d'amour-propre, essayer de mieux faire en profitant des leçons quotidiennes de l'expérience et en pliant son art aux modifications des constitutions médicales, l'humble et grande œuvre ! Laënnec croit à la perfectibilité de l'art médical comme à celle de la nature humaine. Ce chrétien semble seulement nous dire : « Un peu de bonne volonté, voyons ; d'humble bonne volonté de chaque jour. »

Les alinéas 556, 557, 558, 559, qui précèdent dans la première édition la page que nous venons de citer, ont formé dans la seconde le chapitre de l'asthme. On retrouve le passage en entier à la fin du chapitre du catarrhe chronique sec, pages 482 à 485 de la deuxième édition.

CHAPITRE III

CARACTERISTIQUES BIBLIOGRAPHIQUES — HISTORIQUE

1^{re} EDITION :

1819. — 2 volumes in-octavo :

Tome I, xlviiij (48) pages (avant-propos), dont xxxviiij (38) pour la préface et x (10) pour la table analytique, et 456 pages, plus 4 pages de planches anatomiques (1), et 8 pages d'explication des planches.

Tome II xvi (16) pages de table analytique et 472 pages dont 26 pages de table alphabétique des matières.

2^e EDITION :

1826. — 2 forts volumes in-octavo :

Tome I, xxxvi (36) pages pour la préface et 728 pages, plus 8 pages de planches anatomiques (2).

Tomme II, 790 pages, dont 20 pages de tables analytique et alphabétique.

3^e EDITION :

1831. — 3 volumes in-octavo :

Tome I, xxxij (32) pages d'avant-propos, dont viij (8) pour l'avertissement de Mériadec Laënnec, 24 pour la préface de la 2^e édition et 340 pages, dont 7 pages pour la table des matières.

Tome II, 531 pages, dont 8 pages pour la table des matières et 7 pages pour l'explication des planches, plus 8 planches anatomiques gravées sur cuivre.

(1) Les 4 planches, hors texte, à double page, sont gravées sur cuivre.

(2) Les planches anatomiques sont celles de l'édition originale sur pages simples.

4^e EDITION :

1837. — 3 volumes in-octavo :

Tome I, xxviii pages d'avant-propos, dont x (10) pages pour la préface d'Andral, xviii (18) pages pour la préface de Laënnec (2^e édition) et 672 pages, dont 5 pages pour la table des matières.

Tome II, 704 pages, dont 5 pages pour la table des matières.

Tome III, 580 pages, dont 8 pages pour l'explication des planches, plus 10 planches anatomiques (les 8 des trois éditions précédentes, plus 2 en couleurs ajoutées sur la présente édition, intercalées entre les pages 564-565 (planche A) et les pages 566-567 (planche B).

DE
L'AUSCULTATION
MÉDIATE

OU

TRAITÉ DU DIAGNOSTIC DES MALADIES

DES POUMONS ET DU CŒUR,

FONDÉ PRINCIPALEMENT SUR CE NOUVEAU
MOYEN D'EXPLORATION.

PAR R. T. H. LAENNEC,

D. M. P., Médecin de l'Hôpital Necker, Médecin honoraire
des Dispensaires, Membre de la Société de la Faculté de
Médecine de Paris et de plusieurs autres sociétés nationales
et étrangères.

Μέγα δὲ μέρος ἡγεῖμαι τῆς τέχνης εἶναι
τὸ δύνασθαι σκοπεῖν.

Pouvoir explorer est, à mon avis, une
grande partie de l'art. Hipp., *Epid. III.*

TOME PREMIER.

A PARIS,

CHEZ J.-A. BROSSON et J.-S. CHAUDÉ, Libraires,
rue Pierre-Sarrazin, n° 9.

1819.

TRAITÉ
DE
L'AUSCULTATION
MÉDIATE

ET DES MALADIES
DES POUMONS ET DU COEUR,

PAR R.-T.-H. LAENNEC,

Médecin de S. A. R. MADAME duchesse de BERRY, Lecteur et Professeur royal en Médecine au Collège de France, Professeur de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie royale de Médecine, des Sociétés de Médecine de Stockholm, Bonn, Liège, et de plusieurs autres Sociétés savantes nationales et étrangères, Chevalier de l'ordre royal de la Légion-d'Honneur, etc.

*Μέγα δὲ μέρος ὑγερῆσαι τῆς τέχνης
εἶναι τὸ δύνασθαι σκοπεῖν.*

Pouvoir explorer est, à mon avis, une
grande partie de l'art. Hipp., *Epid. III.*

SECONDE ÉDITION ENTIÈREMENT REFOUNDUE.

TOME PREMIER.

Paris,

J.-S. CHAUDÉ, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

RUE DE LA HARPE, N° 56.

1826.

TRAITÉ
DE
L'AUSCULTATION
MÉDIATE

ET DES MALADIES

DES POUMONS ET DU CŒUR,

PAR R.-T.-H. LAENNEC,

Médecin de S. A. R. Madame duchesse de Berry, Professeur au Collège de France et à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie royale de Médecine, Chevalier de la Légion-d'Honneur, etc.

*Μέγα δὲ μέρος ἡγεῖσθαι τῆς τέχνης εἶναι τὸ
δύνασθαι σκοπεῖν.*

Pouvoir explorer est, à mon avis, une grande
partie de l'art. Hipp., *Epid.* III.

TROISIÈME ÉDITION, AUGMENTÉE DE NOTES

PAR MÉRIADEC LAENNEC,

D.-M.-P., ancien chef de Clinique de la Faculté de Médecine à l'hôpital de la Charité, Médecin
des Dispensaires, Associé correspondant de la Société académique de Nantes, etc.

TOME PREMIER.

PARIS,

J.-S. CHAUDÉ, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

RUE DE LA HARPE, N^o. 64.

1831.

TRAITÉ
DE
L'AUSCULTATION
MÉDIATE,
ET DES MALADIES
DES POUMONS ET DU CŒUR,

PAR R.-T.-H. LAENNEC,

Médecin de S. A. R. Madame la duchesse de Berry, Professeur au Collège
de France et à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie
royale de Médecine, Chevalier de la Légion-d'Honneur, etc.

Avec les Notes et Additions de M. M. LAENNEC, D. M. P., Ancien chef de Clinique à l'hôpital de
la Charité, Associé correspondant de la Société académique de Nantes, etc.

QUATRIÈME ÉDITION, CONSIDÉRABLEMENT AUGMENTÉE

Par M. ANDRAL,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MEMBRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,
MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ, MÉDECIN CONSULTANT DU ROI, CHEVALIER DE L'ORDRE ROYAL DE LA
LÉGION-D'HONNEUR, MEMBRE DE PLUSIEURS SOCIÉTÉS ET ACADEMIES NATIONALES ET ÉTRANGÈRES.

Μέγα δὲ μέρος τῆς τέχνης τὸ δύνασθαι σκοπεῖν.

Pouvoir explorer est une grande partie de l'art.

HIPP., *Epid.* III.

TOME PREMIER.

PARIS,
J. S. CHAUDÉ, LIBRAIRE-ÉDITEUR,
RUE DU FOIN SAINT-JACQUES, N° 8.

1857.

CHAPITRE IV

LE STETHOSCOPE

(V. *Historique des éditions « Ultima verba »*).

On sait que la réalisation pratique du stéthoscope (première édition du *Traité*, page 7) se fit dans l'esprit de Laënnec un après-midi de septembre ou octobre 1816 que, se rendant au chevet d'une jeune cardiaque, il traversait la cour du Louvre. « Il aperçut des enfants qui, l'oreille collée aux deux extrémités de longues pièces de bois, se transmettaient le bruit de petits coups d'épingles frappés à l'extrémité opposée. Cette expérience vulgaire d'acoustique fut pour lui comme une révélation. Il conçut sur le champ la pensée de l'appliquer à l'étude des maladies du cœur. Dès le lendemain, à sa clinique de l'Hôpital Necker, il prit le cahier de visites, le roula sur lui-même et le ficela bien serré, tout en y ménageant un canal central, puis il le posa sur un cœur malade. » (Récit de Lejumeau de Kergaradec, qui le tenait de Laënnec lui-même.)

Le premier stéthoscope était inventé et, l'on peut dire, avec lui l'auscultation.

Laënnec l'avait conçu dans l'air léger et lumineux d'un après-midi d'automne à Paris, au cœur du Palais de nos rois. La cour du vieux Louvre dont il s'agit n'a guère changé depuis 1816, et l'imagination n'a aucune peine à reconstituer le décor de la rencontre de Laënnec avec les gamins joueurs. Il s'encadre entre les bâtiments égaux et harmonieux, tout près de la galerie où allait prendre place, quatre ans plus tard, la Vénus exhumée du sol de Milo par le vicomte M. de Marcelus (1820).

Par le guichet de l'horloge, l'œil de Laënnec pouvait rencontrer l'auguste perspective des Tuileries, le pavillon central de Philibert Delorme, où flottait le drapeau fleurdelysé; les appartements au rez-de-chaussée du pavillon de Marsan, alors occupés (1816) par le comte d'Artois (futur Charles X) et qui devaient être quelques années plus tard ceux de la duchesse de Berry, dont Laënnec serait le médecin particulier (1821); l'arc du Carrousel, tout frémissant encore des victoires de Napoléon, et d'où, cinquante-cinq ans plus tard (le 23 mai 1871), un bandit du nom de Bergeret et son « état-major » devaient contempler, émerveillés, l'incendie des Tuileries, allumé de leurs mains.

Les premiers « cylindres » de papier, « bâtons » de bois (ébène, cèdre, jonc, hêtre, tilleul), ancêtres du stéthoscope actuel, furent presque aussitôt expérimentés par Laënnec à Necker, dont il venait d'être nommé médecin en chef (août 1816) et dans sa clientèle privée. Dès 1817, Mme de Staël, Mme de Châteaubriand, bénéficièrent de la nouvelle invention.

Le nom de stéthoscope ne paraît avoir été définitivement adopté par Laënnec qu'en 1819, lors de la première édition du *Traité*.

En février 1818, première communication sur l'auscultation et le cylindre à l'Académie des sciences : « *Mémoire sur l'auscultation à l'aide de divers instruments d'acoustique employés comme moyens d'exploration dans les maladies des viscères thoraciques et particulièrement dans la phtisie pulmonaire.* »

En mai, juin, juillet 1818, Laënnec donne lecture à la Faculté d'un *Mémoire sur l'auscultation à l'aide d'instruments d'acoustique employés comme moyens d'exploration dans les maladies des organes que renferme la poitrine.*

Le 4 août 1818, dans une lettre à son frère Christophe, il lui annonce que « l'ouvrage sur le cylindre est à peu près achevé. Il n'y manque plus que quarante-huit heures de travail pour être en état de paraître. »

Cependant, l'ouvrage était encore en chantier au printemps de l'année suivante (1819). D'après la date de l'épître dédicatoire : « *Facultatis Medicae Parisiensis Professoribus* », il ne fut achevé que le 21 juillet 1819 (Prof. Rousseaux, *Paris médical*, n° 44, août 1919).

Le contrat de vente aux éditeurs Brosson et Chaudé est du 18 avril 1819. Le prix accordé pour les deux premières éditions (ensemble 3.500 exemplaires) était de 7.000 francs. Le livre devait paraître en deux volumes le 1^{er} juillet de la même année (Lettre de Laënnec en date du 29 août 1819.)

En fait, le *Traité de l'auscultation médiate* ne fut mis en vente (aux calculs du Professeur Rousseaux, de l'Ecole de médecine de Nantes) que le 14 août 1819.

*
* *

La seconde et définitive édition du *Traité* parut en avril 1826 chez J.-S. Chaudé, successeur de Brosson et Chaudé, dont la maison n'était plus sise au n° 9 de la rue Pierre-Sarrazin, mais rue La Harpe, 56. Si la première édition avait coûté une telle somme de fatigue à Laënnec qu'il avait dû sur le champ (8 octobre 1818) gagner Kerlouarnec et sa Bretagne native, la seconde était à peine achevée, le 1^{er} avril 1826, qu'il nota ces quelques lignes en un grave et lucide *post-scriptum*, qu'on ne peut lire sans une émotion poignante avant de refermer le livre : c'est la dernière leçon de Laënnec.

« Au moment où l'on m'apporte la dernière épreuve de mon ouvrage, indisposé depuis quelques jours, j'ai observé sur moi-même le phénomène du bruit du cœur sensible pour les assistants, et j'ai pu y reconnaître une cause tout à fait évidente, toute physique, et qui, de même nature que celle dont nous avons parlé (t. II, p. 453), doit certainement être beaucoup plus fréquente ⁽¹⁾.

(1) Laënnec, dans le passage cité, dit la rareté, le peu de signification clinique du phénomène. (les bruits du cœur entendus à distance par un

» Je venais de me faire saigner du pied et de me remettre au lit, où je restai quelques minutes assis, le dos à peine appuyé, la tête droite et sans appui, me trouvant très bien dans cette position. Tout à coup, je sentis des contractions de mon cœur (chose très rare chez moi) et je les entendis en outre très distinctement. Les contractions, régulières, sans force insolite, avaient seulement la fréquence que leur donnait un degré de fièvre médiocre. Il me semblait qu'à chaque contraction le cœur frappait et repoussait légèrement un voile médiocrement tendu. J'examinai la région de l'estomac, que je trouvais très distendu par des gaz et fortement résonnant par la percussion la plus légère. Je fis approcher la tête d'une personne présente à environ 6 pouces des parois de ma poitrine et elle entendit très distinctement les battements de mon cœur. Dès lors je commençai à penser qu'un certain degré de distension flatueuse de l'estomac et son adossement intime au diaphragme pouvaient produire le phénomène dont il s'agit. Un instant après je n'en doutais plus : L'éruclation de quelques gaz le fit disparaître. »

Au vrai, Laënnec avait diagnostiqué sur lui-même une nouvelle et décisive poussée de bacilliose et ne se faisait aucune illusion sur le pronostic.

Son livre est achevé, il a donné le bon à tirer, il est las, invinciblement las. Ne peut-il enfin dire son *nunc dimittis*, et quand les médecins Récamier, Mériadec Laënnec auront quitté sa chambre, n'ayant d'ailleurs rien découvert d'anormal à l'auscultation des poumons ⁽¹⁾, s'abandonner à la

assistant). Il l'attribue à « une exhalation gazeuse dans le péricarde » analogue à celle des borborygmes intestinaux, de la crépitation dans l'emphysème sous-cutané, à celles de l'agonie dans les cavités du cœur, ou bien alors à l'ossification de quelques parties du cœur, notamment de la pointe.

(1) Ils devaient découvrir le mois suivant (mai) que le sommet gauche (fosses sous-épineuse et sous-claviculaire) n'était pas intact. Peut-être pouvait-on y reconnaître la pectoriloquie, sur laquelle le maître avait tant insisté. Mais ils n'en étaient pas très sûrs (Dr Henri Duclos, *Laënnec*, Flammarion, édit., 1932, p. 268). Beaugendre, à Quimperlé, et Toulmouche, à Rennes, ses anciens élèves, ne lui découvrirent rien à l'auscultation (2 juin), non plus que son cousin Ambroise Laënnec (26 juin).

lassitude, au repos et à la prière, tourner le dos à sa chambre, au monde, à tout. Ah ! la soif de repos, d'oubli, de silence, des êtres que la vie s'apprête de quitter; les colloques du mourant avec le Dieu aux bras duquel il va se jeter, le souvenir frais, matinal des primes années : « alors le Christ ne voit-il plus dans ce moribond, chargé du poids de toute une vie, que l'enfant d'un radieux matin de mai, qui tendait vers l'hostie sa petite figure confiante, sa bouche pure » (François Mauriac).

Non, dans un violent effort, Laënnec résiste au mal, se roidit, concentre sa pensée; il veut enseigner une dernière fois, commande qu'on lui rapporte les épreuves de la deuxième édition, dicte (ou écrit de sa propre main brûlante, émaciée, aux doigts hippocratiques) cette suprême note qui peut être utile à ses élèves, servir. Servir, la grande chose pour cette âme traditionnelle et française.

Connaître, faire connaître : la grande chose pour ce professeur de Faculté, ce clinicien de génie !

Un peu plus d'un mois après (dans les premiers jours de juin) Laënnec se réfugiait une dernière fois à Kerlouarnec. Son testament rédigé, son ultime confession faite, ayant reçu le 26 juin le viatique, il écrivit à son père (bonhomme assez fantoche dont il n'avait guère eu qu'à se plaindre depuis les difficiles débuts de sa glorieuse carrière) : « Que le Dieu de miséricorde, devant lequel je vais paraître sous peu, vous couvre, mon cher papa, de ses bénédictions. Depuis deux mois je cherche à purger mon âme, et par la grâce de Dieu il me semble que je désire plus de paraître devant lui en ce moment que dans un autre. » Laënnec s'éteignit à Kerlouarnec le 13 août 1826, à 5 heures de l'après midi.

La haute figure, grave, un peu rude ! L'approcher, en recevoir le rayonnement, grandit, rend meilleur; d'autre part, son âme domine et explique son œuvre, en sorte que ces quelques pages touchant la vie de Laënnec, les diverses formes matérielles de son livre et la langue dont il se sert, n'ont pas semblé inutiles au début d'un essai sur l'évolution de quelques-unes de ses idées cliniques.

DEUXIÈME PARTIE

CONCORDANCE DES DEUX PREMIÈRES ÉDITIONS

I

VARIANTES DE L'INTRODUCTION

ÉDITIONS PRINCEPS

Alinéa 1, ligne 10.

.....leur danger ne peut être comparé..... sans qu'il y ait *danger* de mort.

Ligne 12.

.....les mouvements continuels des viscères thoraciques, *la vie plus active en eux que partout ailleurs*, la délicatesse de leur organisation.

Alinéa 3, ligne 5.

.....les médecins de tous les âges ont dû *nécessairement* chercher.

2^e ÉDITION

Page 1, ligne 10.

.....leur danger ne peut être comparé.....sans qu'il y ait *péril* de mort.

(Répétition de mots corrigée.)

Page 1, ligne 12.

.....les mouvements continuels des viscères thoraciques, *et la délicatesse de leur organisation.*

(« la vie plus active », etc., supprimé.)

Page 3, ligne 4.

.....les médecins de tous les âges ont dû chercher.

(« nécessairement », supprimé.)

Ligne 16.

.....à des *signes certains* et frappans.....

Ligne 14.

.....les maladies du cerveau...

Ligne 21.

.....les maladies des organes thoraciques au contraire extrêmement nombreuses et très diversifiées.

Ligne avant-dernière de l'alinéa 3.

.....le déterminer à employer un moyen héroïque *d'après une semblable conjecture.*

Alinéa 4, ligne 7.

.....en a rendu le diagnostic aussi sûr que facile.

(la percussion d'Avenbrugger a rendu facile le diagnostic « aussi sûr que facile » de certaines maladies qu'on ne connaissait auparavant que par des signes généraux et équivoques.)

Page 3, ligne 17.

.....à des *symptômes* frappans et peu variables.....

(« signes » remplacés par symptômes, « certains et frappans » remplacés par « frappans et peu variables ».)

Page 3, ligne 15.

.....les maladies *organiques* du cerveau.....

(« organiques », ajouté.)

Page 3, ligne 22.

.....les maladies des organes thoraciques au contraire extrêmement nombreuses et très diverses.

Page 4, ligne 14.

.....le déterminer à employer un moyen héroïque.

(« d'après une semblable conjecture », supprimé.)

Page 4, ligne 23.

.....et en a rendu le diagnostic plus facile et plus sûr.

INSUFFISANCES DE LA PERCUSSION EN TANT QUE MOYEN DE DIAGNOSTIC

Alinéa 5.

On ne peut nier cependant que cette méthode *d'exploration* (la percussion) ne laisse encore

Page 4, ligne 24.

On ne peut nier cependant que cette méthode ne laisse encore beaucoup à désirer. Bornée à

beaucoup à désirer. Elle n'indique souvent rien dans la phtisie pulmonaire, et dans aucun cas elle ne peut faire distinguer cette maladie de la péri-pneumonie chronique. Dans la péri-pneumonie même, elle est d'un faible secours quand l'engorgement inflammatoire occupe seulement le centre du poumon ou quand les deux poumons sont affectés à la fois d'une manière légère ou à peu près égale; elle ne donne aucun signe propre à faire distinguer cette maladie de la pleurésie, de l'hydrothorax, ou de tout autre épanchement dans la plèvre. Elle ne fournit aucun moyen de reconnaître le pneumothorax, ou plutôt elle devient une cause presque nécessaire d'erreur dans ce cas. Elle ne fait reconnaître les maladies du cœur que lorsque cet organe est devenu très volumineux, et le plus souvent la mort arrive avant que la maladie soit parvenue à ce degré. Elle n'a jamais donné d'indices sur l'existence de l'anévrisme des gros vaisseaux, que dans le cas où l'application de la main et la vue même en fournissaient de plus sûrs encore.

Les résultats de la percussion sont d'ailleurs équivoques quand l'absence du son n'existe qu'à la partie inférieure droite de la poitrine; ils sont souvent trompeurs quand la poitrine est déformée, même à un léger degré, par l'effet du rachitisme; enfin ils sont fort incertains, et même

l'indication du plein et du vide, elle ne peut s'appliquer qu'à un certain nombre de lésions organiques; elle permet d'en confondre de très différentes dans leur nature et leur siège; elle n'indique presque jamais rien que dans les cas extrêmes, et ne peut faire soupçonner les maladies à leur début.

On retrouve toutes ces idées développées plus clairement et abondamment dans le chapitre de la percussion, édition 2, et notamment :

Page 35, ligne 9.

Elle peut faire connaître (la percussion) l'existence d'un engorgement pulmonaire ou d'un épanchement thoracique un peu considérable, mais elle ne peut servir à les faire distinguer l'un de l'autre. Beaucoup de causes d'ailleurs contribuent à limiter les cas dans lesquels elle peut être utile : (*inefficace sur plusieurs points de la poitrine*)..... le plus souvent elle ne donne l'indication du plein, dans les maladies du poumon, que lorsque la lésion est déjà arrivée à un degré très avancé. Ces résultats sont très équivoques dans les affections qui n'intéressent que le centre ou la base des poumons ou lorsque les deux poumons sont affectés à la fois. Ils sont souvent trompeurs quand la poitrine est déformée, même à un léger degré; enfin ils sont fort incertains ou nuls quand les tégumens sont infiltrés

nuls, quand les tégumens de la poitrine sont infiltrés ou chargés d'une quantité considérable de graisse, et surtout quand ils sont devenus flasques par une légère diminution de cet enbompment excessif.

L'art de percuter d'ailleurs, quoique très simple en apparence, exige pour donner des résultats vraiment utiles, une grande habitude, et une dextérité que beaucoup d'hommes ne peuvent acquérir. La plus légère *différence* d'inclinaison dans l'angle sous lequel les doigts frappent le thorax, peut faire croire à une différence de résonance qui réellement n'existe pas. Beaucoup de médecins ne peuvent parvenir à tirer du son qu'en employant assez de force pour que les malades trouvent le procédé douloureux. *D'autres circonstances indépendantes de l'état réel de la poitrine peuvent également faire varier l'intensité du son : ainsi une poitrine dont le son a paru presque mat lorsqu'on a percuté le malade dans une chambre petite et remplie de meubles, ou dans un lit entouré d'épais rideaux paraîtra le lendemain beaucoup plus sonore si l'exploration se fait dans un appartement plus vaste ou dans un fauteuil.*

Alinéa 6.

C'est surtout dans les maladies du cœur que *se fait* fréquemment désirer un signe.....

ou chargés d'une quantité considérable de graisse, et surtout lorsqu'ils sont devenus flasques par une diminution de cet enbompment excessif.

Page 27, ligne 11.

Cette méthode a l'avantage de n'exiger le secours d'aucun instrument; mais quoique très simple, elle demande une grande habitude et une dextérité que beaucoup d'hommes ne peuvent acquérir. La plus légère variation dans l'inclinaison de l'angle sous lequel les doigts frappent le thorax peut faire croire à une différence de résonance qui n'existe réellement pas. Un homme qui a acquis par l'exercice l'habileté nécessaire peut tirer à volonté beaucoup, peu ou point de son d'une poitrine très sonore. La même chose arrive souvent involontairement aux médecins qui n'ont pas assez d'habitude. Plusieurs de ces derniers ne peuvent parvenir à tirer des sons qu'en employant assez de force pour que les malades trouvent le procédé douloureux.

Page 28, ligne 5.

Le malade doit être s'il se peut assis ou debout : s'il est couché, les matelas, les oreillers surtout rendent toujours la résonance moindre; il en est de même des rideaux épais.

Page 3, ligne 1.

C'est surtout dans les maladies du cœur que *l'on a* fréquemment à désirer un signe...

DE L'AUSCULTATION IMMEDIATE

Alinéa 7.

Quelques médecins ont essayé dans ces cas d'appliquer l'oreille sur la région précordiale. Les battemens du cœur appréciés ainsi à la fois par les sens de l'ouïe et du tact, deviennent beaucoup plus sensibles. Cette méthode est cependant loin de donner les résultats qu'elle semblerait promettre. Je ne l'ai trouvée indiquée nulle part; tous les médecins à qui je l'ai vu pratiquer l'avaient apprise par tradition. L'idée première en a peut-être été puisée dans un passage d'Hippocrate que j'aurai l'occasion d'examiner ailleurs (1). Elle est si simple au reste qu'elle doit être fort ancienne : cependant je ne sache pas que personne en ait jamais tiré un certain parti; et cela tient sans doute à ce qu'elle peut souvent induire en erreur, pour des raisons diverses qui seront exposées chacune en son lieu. Aussi incommode d'ailleurs pour le médecin que pour le malade, le dégoût seul la rend à peu près impraticable dans les hôpitaux;

(1) A propos des épanchemens purulents (alinéa 380, 1^{re} édition), Hippocrate pensait que pour distinguer l'épanchement « aqueux » du putride il n'est que « d'appliquer l'oreille un certain temps sur les côtés ». L'épanchement est aqueux si « vous entendez intérieurement un bruit semblable au frémissement du vinaigre bouillant ». (*De morbis*, II, 59.)

Page 5, ligne 12.

Depuis un petit nombre d'années quelques médecins ont essayé d'appliquer l'oreille sur la région précordiale. Les battemens du cœur, appréciés ainsi à la fois par les sens de l'ouïe et du tact, deviennent beaucoup plus sensible. Cette méthode est cependant loin de donner les résultats qu'elle semblerait promettre. Je ne l'ai trouvée indiquée nulle part et Bayle est le premier à qui je l'ai vu employer lorsque nous suivions ensemble la clinique de Corvisart. Ce professeur lui-même n'en faisait jamais usage; il dit seulement avoir entendu plusieurs fois les battemens du cœur en « écoutant très près » de la poitrine et nous verrons ailleurs que ce phénomène diffère de ceux de l'auscultation proprement dite, et ne peut avoir lieu que dans quelques cas particuliers. Bayle au reste, non plus qu'aucun de ceux de nos anciens condisciples à qui j'ai vu employer quelquefois cette auscultation immédiate, dont il tenait probablement comme moi la tradition de lui, et dont l'idée première remonte à Hippocrate n'en avaient non plus que moi pu tirer un autre parti que celui de sentir plus fortement les battemens du cœur dans le cas où on ne les distingue pas facilement à la main. Et cela tient sans doute à ce qu'elle peut sou-

Elle est à peine proposable chez la plupart des femmes et chez quelques-unes même le volume des mamelles est un obstacle physique à ce qu'on puisse l'employer. Par ces divers motifs, ce moyen ne peut être mis en usage que très rarement et on ne peut par conséquent en obtenir aucune donnée utile et applicable à la pratique; car on n'arrive à un résultat semblable, en médecine, que par des observations nombreuses et assez rapprochées pour permettre d'établir facilement entre les faits des comparaisons propres à les réduire à leur juste valeur et à démêler la vérité au milieu des erreurs qui naissent continuellement de l'inexpérience de l'observateur, de l'inégalité journalière de son aptitude, de l'illusion de ses sens et des difficultés inhérentes à la méthode d'exploration qu'il emploie.

Des observations faites de loin en loin ne surmonteront jamais des obstacles semblables.....

Cependant, faute d'un moyen plus sûr, j'avais depuis longtemps l'habitude d'employer la méthode dont je viens de parler, lorsque, dans un cas obscur, elle se trouvait praticable; et ce fut elle qui me mit sur la voie pour en trouver une meilleure.

vent induire en erreur pour des raisons diverses qui seront exposées chacune en son lieu. Aussi incommode d'ailleurs pour le médecin que pour le malade, le dégoût seul la rend à peu près impraticable dans les hôpitaux;

Elle est à peine proposable chez la plupart des femmes, et chez quelques-unes même, le volume des mamelles est un obstacle physique à ce qu'on puisse l'employer.

Les critiques à la méthode de la percussion, Laënnec les développera et précisera dans la 2^e édition au chapitre III. Nous y reviendrons. Disons seulement que s'il persiste en

1826 à la trouver difficile pour le « médecin moyen », il ne la juge pas tellement inefficace puisque, audit chapitre, il précise longuement et minutieusement les modes et zones de percussion et déclare même qu'elle doit rendre les plus grands services au clinicien qui l'emploiera concurremment avec l'auscultation.

D'ailleurs, dès la première édition, ne dit-il pas un peu plus loin (alinéa 17) : « l'auscultation médiate ne doit pas faire oublier la percussion d'Avenbrugger; elle lui donne, au contraire, une importance plutôt nouvelle et en étend l'usage à beaucoup de maladies dans lesquelles la percussion seule n'indique rien ou peut même devenir une source d'erreurs. » (Emphysème, pneumothorax, épanchements liquides.)

Alinéa 9.

Dans cette conviction, je commençai sur le champ à l'Hôpital Necker une suite d'observations que je n'ai pas interrompues depuis. *J'ai obtenu pour résultat des signes nouveaux, sûrs, sail-lans pour la plupart, faciles à saisir et propres à rendre le diagnostic.....*

Alinéa 10.

Je diviserai mon travail en quatre parties. La première renfermera les signes que l'on peut obtenir de la voix à l'aide du cylindre.

La seconde, ceux que fournit la respiration.

La troisième, ceux que donne le râle et, par appendice, les résultats que j'ai obtenus de mes recherches sur la fluctuation des liquides épanchés dans les cavités du thorax.

Page 8, ligne 1.

Dans cette conviction, je commençai sur le champ à l'Hôpital Necker une suite d'observations *qui m'ont donné pour résultat* des signes nouveaux, sûrs, faciles à saisir et propres à rendre le diagnostic.....

Page 8, ligne 10.

Je diviserai mon travail en trois parties : la première renfermera *l'exposition des divers moyens d'exploration à l'aide desquels on peut parvenir à connaître les maladies des organes respiratoires.*

La seconde contiendra la description des maladies du poumon.

Et la troisième celles des maladies du cœur.

La quatrième contiendra l'analyse des battements du cœur dans l'état de santé et de maladie et les signes particuliers des maladies du cœur et de l'aorte.

Nul doute que la deuxième division de l'ouvrage en 1826, ne soit plus simple, plus nette, plus logique, magistrale.

a) Une première partie de séméiologie des maladies des organes respiratoires où se fondent beaucoup de notions des parties 1, 2 et 3 de l'édition *princeps* et qui constituent les premiers matériaux d'étude indispensables au clinicien avant la nosographie proprement dite.

132 pages.

b) Une deuxième partie : Description des maladies du poumon.

967 pages, dont 857 au tome I et 380 au tome II.

c) Une troisième partie : Description des maladies du cœur.

399 pages.

Alinéa 11.

Le premier instrument dont j'ai fait usage....

Un corps tout à fait plein est le meilleur instrument dont on puisse se servir pour l'exploration du cœur : *il suffirait même pour celles de la respiration et du râle.... d'un cylindre... évasé à son extrémité jusqu'à la profondeur d'environ un pouce 1/2 en forme d'entonnoir.*

Alinéa 13.

Je me sers, en conséquence, actuellement d'un cylindre de bois percé dans son centre d'un tube de 3 lignes de diamètre, et brisé au milieu à l'aide d'une

Page 8, ligne 22.

Le premier instrument dont j'ai fait usage....

Un corps tout-à-fait plein....
.....
..... du cœur : il suffirait à la rigueur pour celle de la respiration et du râle... D'un cylindre.....
..... d'environ un pouce 1/2.

Page 10, ligne 4.

Je me sers.....
d'un cylindre de bois de 16 lignes de diamètre, long d'un pied, percé dans son centre d'un tube de 3 lignes de diamètre et

vis afin de le rendre plus portatif.

L'une des pièces est évasée à son extrémité, à une profondeur d'environ 1 pouce 1/2, en forme d'entonnoir.

Le cylindre ainsi disposé.....

On le convertit en un simple tube à parois épaisses..... en introduisant dans l'entonnoir ou pavillon un « enbout » qui le remplit exactement, et qui se fixe à l'aide d'un petit tube de cuivre qui le traverse et entre dans la tubulure du cylindre jusqu'à une certaine profondeur (voyez planche 1).

Cet instrument suffit dans tous les cas quoique, comme je l'ai dit, un corps tout-à-fait plein ait peut-être quelque avantage pour l'exploration des battements du cœur. Je n'avais pas cru d'abord nécessaire de donner un nom à un instrument aussi simple.....

..... je l'ai entendu désigner sous divers noms..... thoraciloque, cornée médicale, etc... Je pense que si l'on veut lui donner un nom, celui qui conviendrait le mieux serait : stéthoscope.

brisé au milieu à l'aide d'une tenon garni de fils qui est arrondi à son extrémité et long d'un pouce 1/2.

Les deux pièces qui le composent sont évasées à leur extrémité à un pouce 1/2 de profondeur, de manière que l'une puisse recevoir le tenon et l'autre un obturateur de même forme.

Le cylindre ainsi disposé.....

On le convertit
..... l'entonnoir ou pavillon de la pièce inférieure, « l'enbout » ou l'obturateur qui se fixe à l'aide d'un petit tube de cuivre qui le traverse.....
..... une certaine profondeur (voyez planche 1).

.....
..... Je n'avais pas cru.....
..... je l'ai entendu désigner sous divers noms.....
..... cornée médicale, etc.....

Je lui ai donné en conséquence le nom de stéthoscope, qui me paraît exprimer le mieux son principal usage. Il peut d'ailleurs, comme nous le verrons, s'appliquer à d'autres objets que l'exploration de la poitrine.

La modification apportée au cylindre primitif est nettement visible sur la planche 1^{re} de la deuxième édition.

Laënnec avait appris à tourner le bois et se plaisait à confectionner de ses mains quantité de stéthoscopes qu'il donnait à ses élèves. L'appareil ne tarda pas à être modifié sitôt la mort de son inventeur. En 1844 (*Traité pratique d'auscultation de Barth et Roger*), on utilisait le stéthoscope de Louis ou de Piorry.

« Ils se composent d'un cylindre creux, en bois de cèdre ou d'ébène, long de 14 à 16 centimètres, large de 3 à 4 à sa base, d'un diamètre plus étroit dans ses trois quarts supérieurs et terminé en haut par une plaque d'ivoire arrondie, perpendiculaire à son axe et sur laquelle repose l'oreille. Cette plaque peut être du même bois que le tube, et le stéthoscope ainsi construit d'une seule pièce est celui auquel nous donnons la préférence. On a fait subir à ces instruments des modifications nombreuses; M. Piorry lui-même a voulu se perfectionner et substituer un métal au bois afin de diminuer les dimensions du cylindre. Ceux-ci ont inventé des stéthoscopes coudés de manière qu'il fût possible d'ausculter les malades dans toutes les positions sans les déranger, et au besoin de s'ausculter soi-même. Ceux-là ont substitué à la plaque horizontale une extrémité saillante qui s'introduit dans le tuyau de l'oreille. M. Landouzy a proposé un stéthoscope à branches multiples qui permit à plusieurs individus d'ausculter à la fois. Tous ces prétendus perfectionnements et beaucoup d'autres ont plus d'inconvénients que d'avantages. » (*Loc. cit.*, p. 18.)

De Laënnec à nos jours, les appareils ont pu se modifier, se métamorphoser même, du cylindre primitif au stéthoscope bi-auriculaire actuel; l'honneur de l'invention demeure à celui qui en a découvert le principe et en tira les premières et riches conséquences. On peut dire que sans le cylindre l'œuvre de Laënnec n'eût pu se produire. La médecine moderne est sortie de la découverte de l'auscultation.

Laënnec avait pour son cylindre des faiblesses de père.

Il supportait moins aisément les attaques dirigées contre lui que contre telle ou telle partie de son œuvre, et nous le voyons de Kerlouarnec, les derniers mois de sa vie, s'inquiéter, s'irriter, des railleries et brocards de Broussais et autres à l'encontre du cher cylindre.

Extrait du 3^e codicille du testament de Laënnec, en date du 21 juin 1826 : « Je donne et lègue à Mériadec tous mes livres et papiers relatifs à la médecine..... Je lui donne ma montre, mes breloques, ma bague. Je lui donne surtout mon stéthoscope, la meilleure partie de ma succession. »

Alinéa 14.

Les dimensions que j'ai indiquées *ci-dessus* ne sont pas tout à fait indifférentes; un plus grand diamètre

..... plus long, l'instrument plus petit, il obligerait le médecin à prendre une position gênante et c'est ce qu'il doit éviter sur toutes choses s'il veut observer exactement.

Le seul cas où un instrument plus court soit utile est celui où le malade est placé dans un lit ou un fauteuil dont le dossier est très rapproché de son dos.

La division du cylindre en deux pièces permet alors de ne se servir que de la pièce supérieure et d'y adapter s'il le faut l'obturateur.

Page 11, ligne 3.

Les dimensions *que je viens* d'indiquer ne sont pas tout-à-fait indifférentes; un plus grand diamètre

..... plus long, l'instrument plus petit, *il serait difficile à appliquer au haut de l'aisselle; il exposerait le médecin à respirer de trop près l'haleine du malade; il l'obligerait souvent à prendre une position gênante..* observer exactement.

La Restauration affectait un rigorisme de mœurs, une pudeur de manières qu'on déclarait chrétiens; « Jésuites », disaient ses adversaires. Un médecin de cette époque hésitait à poser la tête sur une poitrine de femme *vêtue*, etc., et,

tissant lorsqu'il rencontrera quelques cas rares ou intéressants.

ment les cas dont j'ai parlé ci-dessus, mais la péri-pneumonie, la pleurésie, les catarrhes latens, les moindres rudimens de ces affections, et c'est là sans doute le moindre résultat pratique que l'on puisse obtenir de l'auscultation, puisque ces maladies se guérissent d'autant plus facilement qu'on les reconnaît plus vite. Quant aux cas plus difficiles il est certain que plus on étudiera l'anatomie pathologique du poumon, plus on s'exercera à comparer les données qu'elle fournit avec les résultats de l'auscultation, et plus on acquerrera d'habileté.

II

TABLE DE CORRESPONDANCE DES CHAPITRES DES DEUX EDITIONS DE LAENNEC PUBLIEES DE SON VIVANT

EDITION I	EDITION II
Alinéas corres- pondants.	INTRODUCTION.
	PREMIERE PARTIE
	<i>De l'exploration de la poitrine.</i>
	CHAPITRE I. — <i>Des méthodes d'exploration an- ciennement connues :</i>
19-21	Art. 1. — Du toucher, p. 16 à 20 (tome I).
	Art. 2. — De l'inspection des parois de la poitrine, p. 20, à 25.
17	Art. 3. — De la succession, p. 25.
591	Art. 4. — De la pression abdominale, p. 25-26.
224	CHAPITRE II. — <i>De la percussion</i> , p. 26 à 36.
580-685; 686-68	CHAPITRE III. — <i>De l'auscultation immédiate</i> , p. 36 à 42
	CHAPITRE IV. — <i>De l'auscultation médiate :</i>
172-185	Art. 1. — Auscultation de la respiration, p. 44 à 60.
21-26	Art. 2. — Auscultation de la voix, p. 60 à 69.
153-172	Art. 3. — Egophonie ou résonance chevrot- tante, p. 69 à 90.
	Art. 4. — Auscultation de la toux, p. 90 à 93.
	Art. 5. — Auscultation des bruits surajoutés étrangers à la respiration et à la voix.
561-563	Alinéa 1. — De l'auscultation des diver- ses espèces de râles : Râles trachéales, p. 93 à 96.

Râles humides ou crépitations, p. 96.

Râles muqueux ou gargouillements,
p. 96 à 103.

Râles sonores secs ou ronflements,
p. 103 à 105.

Râles sibilants secs ou sifflements,
p. 105.

Râles crépitants secs à grosses bulles
ou craquements, p. 106 à 108.

Alinéa 2. — Du tintement métallique,
p. 108 à 117.

Art. 6. — Application de l'auscultation à
plusieurs cas étrangers aux maladies de la
poitrine.

Alinéa 1. — Au diagnostic des fractures,
p. 119 à 121.

Alinéa 2. — Au diagnostic des calculs
de la vessie, p. 121 à 124.

Alinéa 3. — Au diagnostic des abcès du
foie, p. 124.

Alinéa 4. — Au diagnostic des maladies
de la caisse du tympan, trompe d'Eus-
che et sinus des fosses nasales, p. 125
à 132.

DEUXIEME PARTIE

Des maladies du poumon.

SECTION I.

Maladie des bronches.

CHAPITRE I. — *Inflammation de la membrane mu-
queuse bronchique :*

532-549 Art. 1. — Du catarrhe muqueux aigu, p. 136
à 154.

549-554 Art. 2. — Du catarrhe muqueux chronique,
p. 154 à 162.

554 Art. 3. — Du catarrhe piteux, p. 162 à
171.

555-560 Art. 4. — Du catarrhe sec, p. 171 à 186.

548 Art. 5. — Du catarrhe convulsif ou coque-
luce, p. 186 à 193.

	Art. 6. — Des catarrhes symptomatiques, p. 193 à 198.
	Art. 7. — Des catarrhes latents, p. 198 à 200.
553	Art. 8. — Des catarrhes suffoquants, p. 200 à 206.
144-153	CHAPITRE II. — <i>De la dilatation des bronches</i> , p. 200 à 241.
	CHAPITRE III. — <i>De l'inflammation plastique de la membrane muqueuse des voies aériennes ou du croup</i> , p. 241 à 255.
	CHAPITRE IV. — <i>De l'hémorragie bronchique</i> , p. 255 à 261.
	CHAPITRE V. — <i>Des polypes de la membrane muqueuse bronchique</i> , p. 261 à 263.
	CHAPITRE VI. — <i>Des ulcères des bronches</i> .
	CHAPITRE VII. — <i>Des affections des cerveaux cartilagineux, etc.</i>
	CHAPITRE VIII. — <i>Des corps introduits dans les bronches</i> .
	CHAPITRE IX. — <i>Des affections des glandes bronchitiques</i> , p. 263 à 277.
	SECTION II.
	Affection des tissus pulmonaires.
	CHAPITRE I. — <i>De l'hypertrophie du poumon</i> .
	CHAPITRE II. — <i>De l'atrophie du poumon</i> , p. 285 à 288.
	CHAPITRE III. — <i>De l'emphysème du poumon</i> , p. 288 à 349.
490-511	CHAPITRE IV. — <i>De l'œdème du poumon</i> , p. 349 à 379.
511-527	CHAPITRE V. — <i>De l'apoplexie pulmonaire</i> , p. 379 à 393.
185-245	CHAPITRE VI. — <i>De la péri-pneumonie</i> , p. 393 à 443.
226-245	Gangrène du poumon, p. 443 à 475. Péri-pneumonie chronique, p. 475 à 478. Pneumonie latente, p. 478 à 482.

Traitement de la péri-pneumonie, p. 482
à 527.

SECTION III.

Des productions accidentelles développées
dans le poumon.

INTRODUCTION, p. 528 à 532.

CHAPITRE I. — *Des tubercules du poumon ou de la
phtisie pulmonaire*, p. 532 à 562.

Art. 1. — Les tubercules sont-ils un produit
de l'inflammation, p. 562 à 580.

Art. 2. — La guérison de la phtisie est-elle
possible?

Des fistules pulmonaires, p. 580 à 602.

Des excavations ulcéreuses, p. 602 à 641.

Art. 3. — Causes occasionnelles de la phti-
sie, p. 641 à 653.

Art. 4. — Signes physiques des tubercules,
p. 653 à 680.

Art. 5. — Symptômes et marche de la phti-
sie, p. 680 à 703.

Art. 6. — Traitement de la phtisie, p. 703
à 719.

282-286 CHAPITRE II. — *Des kystes développés dans le pou-
mon* (tome II), p. 1 à 4.

285-293 CHAPITRE III. — *Des vers vésiculaires développés
dans les poumons*, p. 4 à 16.

293-308 CHAPITRE IV. — *Des concrétions cartilagineuses,
osseuses, pétrées et crétacées du poumon*, p. 16
à 26.

308-333 CHAPITRE V. — *Des mélanoses du poumon*, p. 26
à 52.

333-346 CHAPITRE VI. — *Des encéphaloïdes du poumon*,
p. 52 à 64.

CHAPITRE VII. — *Affections des vaisseaux et nerfs
du poumon*, p. 64 à 71.

CHAPITRE VIII. — *Affections nerveuses du pou-
mon* :

556-560 Art. 1. — Dyspnée nerveuse, p. 71 à 74.

Voir dans le
présent essai
tableau spé-
cial au cha-
pitre de la
phtisie.

Art. 2. — Asthme avec respiration puérile, p. 74 à 78.

Art. 3. — Asthme spasmodique, p. 78 à 99.

SECTION IV.

Affections de la plèvre.

577-593
et 353

CHAPITRE I. — *De la pleurésie*, p. 99 à 228.

Art. 1. — De la pleurésie franche ou légitime, p. 102 à 118.

Art. 2. — Pleurésie hémorragique aiguë, p. 118 à 127.

Art. 3. — Gangrène de la plèvre et des fausses membranes, perforation de la plèvre, p. 127 à 131.

Art. 4. — Signes et symptômes de la pleurésie aiguë, p. 131 à 148.

367-388

Art. 5. — De la pleurésie chronique, p. 148 à 156.

388-411

Art. 6. — Du rétrécissement de la poitrine à la suite de certaines pleurésies, p. 156 à 197.

416-421

Art. 7. — Des pleurésies circonscrites ou partielles, p. 197 à 203.

Art. 8. — Des pleurésies latentes, p. 203 à 205.

Art. 9. — Traitement de la pleurésie, p. 205 à 221.

Art. 10. — De la pleuro-pneumonie, p. 221

421-433

CHAPITRE II. — *De l'hydropisie des plèvres*, p. 228 à 237.

433-439

CHAPITRE III. — *Des épanchements de sang dans la cavité des plèvres*, p. 237 à 240.

445-587

CHAPITRE IV. — *Du pneumothorax ou des épanchements aériformes dans la cavité de la plèvre*, p. 240 à 365.

445-463

Art. 1. — Caractères anatomiques et variétés du pneumothorax, p. 240 à 258.

463-474

Art. 2. — Des signes et symptômes du pneumothorax, p. 258 à 272.

- 577-587 Art. 3. — De l'exploration du pneumothorax avec épanchements liquides à l'aide de la fluctuation, p. 272 à 339.
- 574-577 Art. 4. — Du tintement métallique dans les épanchements thoraciques, p. 339 à 357.
Traitement du pneumothorax, p. 357 à 363.
- Art. 5. — Du pneumothorax double, p. 363 à 365.
- 439-445 CHAPITRE V. — *Productions accidentelles de la plèvre*, 365 à 380.
- Art. 1. — Des productions accidentelles qui sont ordinairement accompagnées d'un épanchement liquide, p. 365 à 368.
- Art. 2. — Productions entièrement solides dans la plèvre, p. 368 à 376.
- Art. 3. — Productions accidentelles développées entre la face adhérente de la plèvre et des parties voisines, p. 376 à 380.

TROISIEME PARTIE

Maladies de l'appareil circulatoire.

SECTION I.

Exploration des organes de la circulation.

- 593-612 CHAPITRE I. — *De l'étendue des battements du cœur*, p. 385 à 394.
- 612-620 CHAPITRE II. — *Du choc ou de l'impulsion communiqués à l'oreille par les battements du cœur*, p. 394 à 399.
- 620-635 CHAPITRE III. — *Du bruit produit par les mouvements du cœur*, p. 399 à 403.
- 635-654 CHAPITRE IV. — *Du rythme des battements du cœur*, p. 403 à 421.
- CHAPITRE V. — *Des anomalies du bruit du cœur et des artères*, p. 421 à 466.
- Art. 1. — Bruit de souffle, p. 421 à 448.
- Art. 2. — Frémissement cataire du cœur et des artères, p. 448 à 453.

- Art. 3. — Battements du cœur entendus à une certaine distance de la poitrine, p. 453 à 457 et p. 768.
- Art. 4. — Bruits donnés par les organes circulatoires chez le fœtus, p. 457 à 466.
- 654-662 CHAPITRE VI. — *Des palpitations*, p. 466 à 469.
- 662-669 CHAPITRE VII. — *Des irrégularités des battements du cœur*, p. 469 à 473.
- 669-687 CHAPITRE VIII. — *Des intermittences des battements du cœur*, p. 473 à 485.

SECTION II.

Des maladies du cœur.

- 687-695 CHAPITRE I. — *Des maladies du cœur en général*, p. 486 à 497.
- 695 Art. 1. — Symptômes communs à toutes les maladies du cœur, p. 486 à 490.
- Art. 2. — Altérations produites par les maladies du cœur sur la texture des autres organes, p. 490 à 494.
- 695-701 Art. 3. — Des causes des maladies de cœur.
- 701-705 p. 494 à 497.
- 705-713 CHAPITRE II. — *De l'hypertrophie du cœur*, p. 497 à 508.
- 720-729 CHAPITRE III. — *De la dilatation des ventricules du cœur*, p. 508 à 513.
- 729-734 CHAPITRE IV. — *De la dilatation avec hypertrophie des ventricules du cœur*, p. 513 à 517.
- 734-742 CHAPITRE V. — *De la dilatation d'un des ventricules avec hypertrophie de l'autre*, p. 517 à 522.
- 742-753 CHAPITRE VI. — *De la dilatation et hypertrophie des oreillettes du cœur*, p. 522 à 527.
- 753-756 CHAPITRE VII. — *Des dilatations partielles du cœur*, p. 527 à 531.
- 756-758 CHAPITRE VIII. — *De l'endurcissement de la substance musculaire du cœur*, p. 531 à 533.
- 758-770 CHAPITRE IX. — *Du ramollissement de la substance musculaire du cœur*, p. 533 à 543.

770-774	CHAPITRE X. — <i>De l'atrophie du cœur</i> , p. 543-544.
851-853	CHAPITRE XI. — <i>Des déplacemens du cœur</i> , p. 544 à 547.
846-851	CHAPITRE XII. — <i>Des vices de conformation du cœur</i> , p. 547 à 554.
	CHAPITRE XIII. — <i>De la cardite ou inflammation du cœur</i> , p. 554 à 562.
774-781	CHAPITRE XIV. — <i>De la surcharge et de la dégénération graisseuse du cœur</i> , p. 562 à 566.
781-784	CHAPITRE XV. — <i>Des productions cartilagineuses et osseuses de la substance musculaire du cœur</i> , p. 566 à 569.
	(Pas de chapitre XVI.)
	CHAPITRE XVII. — <i>Des diverses autres productions accidentelles du cœur</i> , p. 569 à 572.
796-813	CHAPITRE XVIII. — <i>De l'endurcissement cartilagineux et osseux des valvules du cœur</i> , p. 572 à 589.
813-822	CHAPITRE XVIII (2°). — <i>Des polypes du cœur et des vaisseaux</i> , p. 589 à 598.
836-846	CHAPITRE XIX. — <i>De l'inflammation des membranes du cœur et des gros vaisseaux</i> , p. 598 à 618.
822-836	CHAPITRE XX. — <i>Des végétations qui se développent sur les valvules et les parois internes du cœur</i> , p. 618-651.
853-873	CHAPITRE XXI. — <i>De la péricardite</i> , p. 651 à 668.
873-876	CHAPITRE XXII. — <i>De l'hydropéricarde</i> , p. 668 à 671.
878-879	CHAPITRE XXIII. — <i>Du pneumopéricarde</i> , p. 671 à 673.
879-883	CHAPITRE XXIV. — <i>Des productions accidentelles des parois du péricarde</i> , p. 673 à 680.
	CHAPITRE XXV. — <i>Des affections organiques de l'aorte</i> , p. 680 à 688.
883-931	CHAPITRE XXVI. — <i>Des anévrismes de l'aorte</i> , p. 688 à 718.
	CHAPITRE XXVII. — <i>Affections de l'artère et de la veine pulmonaire</i> , p. 728 à 732.

CHAPITRE XXVIII. — *Traitement des maladies organiques cœur*, p. 732 à 744.

CHAPITRE XXIX. — *Des affections nerveuses du cœur et des vaisseaux*, p. 744 à 769.

Art. 1. — Névralgies du cœur, p. 744 à 752.

Art. 2. — Palpitations du cœur, p. 752 à 755.

Art. 3. — Spasmes du cœur, bruits de soufflet et frémissement cataire, p. 755 à 763.

Art. 4. — Spasmes des artères, bruits de soufflet et frémissement cataire, p. 763 à 769.

TROISIÈME PARTIE

SÉMÉIOLOGIE PULMONAIRE

I

SEMEIOLOGIE PULMONAIRE

Nous avons vu dans l'introduction que Laënnec avait conçu pour sa deuxième édition une division toute nouvelle des grands chapitres.

A l'ordre : 4 parties :

TOME I :

1° *Exploration de la voix :*

Phtisie, dilatation des bronches, description et interprétation de l'égophonie;

2° *Exploration de la respiration :*

Pneumonie, gangrène du poumon, emphysème, productions accidentelles, pleurésie, pneumothorax;

TOME II :

3° *Exploration du râle :*

OEdème pulmonaire, apoplexie pulmonaire, râle dans la phtisie, catarrhe pulmonaire, tintement métallique, fluctuation dans les épanchements thoraciques;

4° *Exploration de la circulation.*

il substituait la division suivante, plus claire et logique :
3 parties :

TOME I :

1° *Exploration de la poitrine :*

- a) Méthode d'exploration anciennement connue (toucher, inspection, succession, pression abdominale);
- b) Percussion;
- c) Auscultation immédiate;
- d) Auscultation médiate (râles, tintement métallique);
- e) Auscultation médiate appliquée à d'autres affections que celles de la poitrine;

2° *Maladies du poumon :*

- a) Maladies des bronches (catarrhes, dilatation bronchique, croup, hémorragie des bronches, polypes de la muqueuse des bronches, etc.);

TOME II :

- b) Maladies des poumons (emphysème, œdème, apoplexie, pneumonie, gangrène);
- c) Productions accidentelles du poumon (phtisie, kyste hydatique, mélanose, asthme, etc.);
- d) Affections de la plèvre (pleurésie, hydro et hémithorax, pneumothorax);

3° *Affections de l'appareil circulatoire.*

II

EXPLORATION DE LA POITRINE

La première partie de la deuxième édition constitue un grand chapitre de séméiologie à peu près tout entier nouveau. Laënnec y expose que de tout temps l'inconstance et l'insuffisance des signes fonctionnels des maladies du thorax ont incité les cliniciens à rechercher et utiliser les signes physiques plus objectifs et plus sûrs. Il y a lieu de distinguer :

- 1° les méthodes d'exploration déjà connues comme le toucher, l'inspection, la succussion hippocratique et la pression abdominale,

et les plus récentes :

- 2° la percussion;
- 3° l'auscultation immédiate;
- 4° l'auscultation médiate.

A. — Parmi les modes d'exploration déjà connus :

Le toucher comme *l'inspection*, objet des articles 1 et 2 de la deuxième édition, n'ont pas été étudiés dans l'édition princeps. Laënnec en parle d'ailleurs dans le but d'être complet. On sent que pour lui seuls ont de l'efficacité les moyens modernes d'investigation surtout l'auscultation.

a) *Le toucher*, c'est la palpation de nos jours. Il n'a que peu d'intérêt aux dires de Laënnec. Les vibrations de la voix se perçoivent mal sur les thorax gras ou infiltrés d'œdème. De toute manière, on ne les perçoit constamment qu'en avant et en haut, parfois sur les côtés et dans la partie moyenne

du dos. Encore n'est-ce que médiocrement. On sent à la main les mouvements des crachats sous forme de gargouillements dans quelques cas :

- 1° Abscès superficiels ou excavations tuberculeuses;
- 2° Catarrhe suffocant intense;
- 3° Pleuro-pneumonie au cas de symphyse pleurale;
- 4° Hydro-pneumothorax si l'on fait courber et relever rapidement le malade.

Dans tous les cas, l'auscultation donne des résultats très supérieurs.

Quant au cœur, un seul cas où l'on trouve quelque chose de net, de concluant par le palper : le frémissement cataire.

b) *L'inspection* qu'un clinicien moderne pratique en premier au lit du malade, avant même la palpation, sera utile pour reconnaître le rachitisme du thorax, la symphyse pleurale, un anévrisme volumineux de l'aorte. Mais il faudrait dénuder la poitrine : chose inconcevable, sauf pour les animaux. (Utilité de l'inspection en art vétérinaire.)

« Il n'en est pas de même chez l'homme; le désagrément et l'inconvénient qu'il a de dépouiller un malade de ses vêtements, surtout en hiver, le temps que demande cette opération, l'embarras qu'elle occasionne, la pudeur chez les femmes, sont autant d'obstacles qui empêchent d'avoir recours à cette inspection. »

L'inégalité d'expansion des hémithorax ? Il n'y en a jamais de manifeste qu'en cas d'emphysème énorme. La pneumonie, la tuberculose, la pleurésie unilatérale n'en donnent jamais. Pour les battements du cœur, aucun intérêt de les observer dans l'un ou l'autre espace intercostal, avec telle ou telle intensité ou frémitus.

c) *La succussion*, ou commotion hippocratique, n'est à étudier qu'avec l'hydro-pneumothorax.

d) *La pression abdominale* de Bichat, qu'on exerce en comprimant les organes thoraciques à l'aide de ceux de l'abdomen, qu'on refoule de bas en haut, est inutile et doulou-

reuse. En 1826 comme en 1819, Laënnec l'a proscrite : « Il n'est pas permis pour interroger la nature de mettre un malade à la question. » (Page 26, 2^e éd.; al. 591, 1^{re} éd.)

B. — Sur la *percussion*, découverte par Avenbrugger au début du xvm^e siècle, méthode d'investigation simple, Laënnec n'a guère varié d'avis. Nous retrouvons sous sa plume les mêmes critiques : elle est sommaire, inefficace à déceler la phtisie, la pneumonie centrale ou double, le pneumothorax; insuffisante pour le diagnostic de début de l'hypertrophie du cœur; inférieure à la palpation pour celui des anévrysmes des gros troncs vasculaires; trompeuse (poitrine rachitique) en ce qu'elle indique de la matité chez certains sujets maigres ou au contraire infiltrés de graisse alors que la respiration est en fait libre partout; difficile (toujours percuter sous le même angle d'inclinaison des doigts et dans les mêmes conditions de sonorité de l'ambiance : lit, pièce, rideaux, couvertures), douloureuse chez certains malades, où il faut percuter fort pour entendre quelque chose.

Unie à l'auscultation médiate, la percussion peut tout de même rendre des services importants, et Laënnec, dans sa deuxième édition, ne dédaigne pas de donner de nombreuses indications nouvelles sur la technique : a) que le malade soit couvert; b) percuter du bout des doigts, non de leur face palmaire; c) doucement; d) alternativement, par régions homologues d'un hémithorax à l'autre; e) perpendiculairement au thorax; f) l'observateur changera de côté par rapport au malade pour contrôler ses impressions sur un même point douteux, etc.

Le son varie suivant les régions : plus clair dans les régions claviculaires moyennes et sternales, antérieures et supérieures, sous-mammaire et latérale gauches (estomac), sternale; médiocre dans les régions claviculaires, humérales, mammaire, sous-mammaire droite (et gauche en cas de grosse rate), sternale inférieure, latérale inférieure droite (foie), interscapulaire et dorsale inférieure; nul dans la région acromienne, fosses sus et sous-épineuses.

Il y a lieu à diverses précautions de pratique dans quelques-unes de ces régions et l'auteur les indique avec minutie.

C. — *L'auscultation immédiate.* — Une peinture de la Sorbonne a fixé officiellement le souvenir de Laënnec auscultant à l'oreille nue un phtisique. Le malade se tient assis sur le lit encadré de grands rideaux blancs, la face pathétique, creusée et pileuse sous le bonnet de nuit. Le bras gauche soulevé, déjeté vers la droite, l'avant-bras fléchi, la main tombante en une pose de modèle pleine d'un élégant nonchaloir.

Le maître, assis, tumultueux, le regard méditatif et concentré, ausculte « immédiatement » l'aisselle du patient. Il tient en main, comme un maréchal de France son bâton, le cylindre qui vient de servir ou va servir.

Derrière la chaise, au dossier enroulé, il y a l'assistant, le tablier gonflé, noué à la taille du frac, aussi méditatif que le maître, mais discret, modeste, appliqué, moins sûr de soi comme il convient.

Et, à distance réglementaire des deux, un groupe d'élèves silencieux, attentifs. L'un d'eux, l'interne de garde évidemment, s'empresse, penché sur la feuille de visite, le crayon en avant, interrogatif, déférent, prêt à capter le premier mot qui s'échappera des lèvres magistrales.

La cornette et la robe bleue d'une religieuse de Saint-Vincent-de-Paul au premier plan de ce groupe lui vient donner le ton et le pittoresque nécessaires.

Les accessoires sont aussi soignés : l'humble chaise sur laquelle la main impérieuse du maître a jeté en un désordre très étudié le haut de forme, la houppelande et le jonc à pomme d'or; la robuste table de nuit carrée, chargée de fioles; le velours d'Utrecht vieil or de la chaise Empire.

Et l'on devine par la fenêtre à petits carreaux le triste décor extérieur d'une cour d'hôpital (mur de clôture, porte basse, branches hivernales des arbres, aussi décharnées de feuilles que de graisse le col et le thorax du phtisique.)

L'œuvre, théâtrale, académique, aussi dénuée d'âme que de coloris, est due au pinceau de T. Chartràn et a pour but de perpétuer la victoire de l'auscultation médiate sur l'immédiate, le triomphateur ayant nom : Th. Laënnec, professeur au collège de France et à la Faculté de médecine de Paris.

C'est tout ce qu'a trouvé l'art officiel de la troisième République pour commémorer solennellement et fixer en Sorbonne le souvenir de la découverte française de l'auscultation, qui devait bouleverser la médecine moderne.

Dans l'édition originale, il faut chercher à l'alinéa 58, au chapitre des épanchements thoraciques, pour trouver les premières idées de Laënnec au sujet de l'auscultation immédiate. Cet alinéa figure en entier, mot pour mot, dans le chapitre III de la deuxième édition. L'inventeur de l'auscultation immédiate est Hippocrate, qui, le premier, appliqua l'oreille au flanc d'un pleurétique, crut y distinguer un frémissement de vinaigre bouillant dont il fit un signe majeur de la pleurésie. Le signe reconnu erroné, l'idée de l'auscultation disparut avec lui, pour être seulement reprise par le maître de Laënnec, Corvisart. Quoi! plus de 2.200 ans avant qu'une idée aussi simple éclore! « Cela semble d'abord étonnant et cependant rien n'est plus ordinaire; il n'est pas donné à l'homme d'embrasser tous les rapports et toutes les conséquences du fait le plus simple; et les secrets de la nature sont plus souvent trahis par des circonstances fortuites qu'ils ne sont arrachés par nos efforts scientifiques. »

Admirons ici la profondeur philosophique de la pensée, la modestie simple du vrai génie, le bonheur et la rigoureuse justesse de l'expression. Ces échappées méditatives sont fréquentes dans l'œuvre de Laënnec, par où l'on voit cet esprit étonnant échapper à sa spécialité et s'élever aux plus hautes idées générales.

En faveur de l'auscultation médiate, qui a toutes ses complaisances, nous voyons Laënnec présenter les arguments dont il a été déjà question et dont quelques-uns ne laissent pas de surprendre.

a) Raison de pudeur : la tête d'un honnête homme de médecin ne doit pas se poser sur une poitrine de femme;

b) Raison d'inconvénients : le médecin, obligé de se pencher sur la poitrine du malade, s'expose à de la congestion, des bourdonnements d'oreilles, qui sont un obstacle à la finesse et sûreté des perceptions auditives; de plus, il est répugnant de plaquer l'oreille contre un thorax en sueur; enfin, le stéthoscope loge en des régions, comme la claviculo-humérale, le sommet de l'aisselle, la région inter-scapulaire, où l'oreille ne pourrait se placer.

c) Le « tube » est indispensable à la perception de certains bruits, comme la pectoriloquie.

D. — *L'auscultation médiate* — Chapitre capital, central de l'œuvre de Laënnec, puisque de l'auscultation médiate, il a tiré la majeure partie de ses observations sur les maladies de poitrine. Il forme dans l'édition définitive un tout solide, inattaquable, auquel le temps n'a guère ajouté.

Auscultation de la respiration, de la voix et de la toux, pectoriloquie, égophonie, bronchophonie, étude des râles et du tintement métallique, c'est toute la séméiologie pulmonaire qui est créée d'un coup.

ARTICLE 1. — Au sujet de l'auscultation de la respiration, peu de modifications d'une édition à l'autre. En 1826, nous retrouvons sous l'étiquette « bruit respiratoire pulmonaire » le chapitre I^{er} de la deuxième partie de l'édition princeps, intitulé : « Exploration de la respiration en général ». L'ordre nouveau des chapitres veut que dans la deuxième édition il n'y ait ici que l'analyse des signes.

Laënnec débute par un conseil pratique aux néophytes de la méthode auscultatoire : Faire tousser le malade avant de l'ausculter pour obtenir une bonne inspiration, ou alors le faire lire, réciter, parler. Cette inspiration, instinctive, prouve l'idée chère à Laënnec, et qu'il développera au chapitre de l'asthme, d'une autonomie de la contraction pulmonaire. Le poumon joue pour son propre compte, obéit à un

rythme indépendant, que His, Gaskel, Kent, etc., ont découvert plus tard pour le cœur.

Bruit respiratoire pulmonaire comme nous venons de le dire, reproduit à peu près mot pour mot les alinéas 173, 183 de la première édition. Voici quelques modifications de détail :

a) Il faut, pour l'auscultation, s'installer et installer commodément son malade, afin d'éliminer les bruits des contractions musculaires de l'un comme de l'autre. Faites soutenir votre malade par des aides s'il est trop faible. Cela est plus humain que de « l'engager à se tenir assis lorsqu'il ne peut le faire qu'en employant toutes les forces qui lui restent ».

Il semble qu'on entende ici la voix même de Laënnec, un accent de grande bonté et (nous osons l'écrire) de charité chrétienne. Cette pitié profonde et délicate pour le malade, nous l'admirions et l'évoquons ici avec une reconnaissance émue chez notre maître M. Arnozan. Tel phtisique, tel pneumonique à bout de force, qu'il fallait examiner pourtant : « Tenez-lui les mains », et, du pied du lit, soulageant son effort, le jeune élève que nous étions s'empressait d'aider le patient. A l'école de M. Arnozan on apprenait à aimer le malade.

b) Un ou deux mois d'exercices sont nécessaires pour se former à l'auscultation à l'aide du stéthoscope. On a tôt fait d'isoler le bruit respiratoire cherché des autres bruits thoraciques ou extérieurs. Alors, les précautions recommandées au débutant deviennent inutiles (attendre plusieurs respirations du malade pour juger, faire cesser tout bruit à l'en-tour, etc.).

Bruit respiratoire bronchique : C'est celui de la respiration dans le larynx, la trachée, les grosses divisions bronchiques. Il diffère normalement du murmure vésiculaire en ce que l'inspiration en est plus sèche, moins crépitante. Plus le stétho se rapproche du cou, plus on est exposé à entendre ce bruit. Dans la région interscapulaire, au niveau du hile, chez les sujets maigres, il est aisé de le confondre avec le bruit pulmonaire.

La respiration devient à type bronchique dans les petites bronches (où elle se confond normalement avec le bruit pulmonaire) au cas d'abolition du murmure vésiculaire dans certains points du territoire pulmonaire : pneumonie, épanchement pleurétique, infarctus. Cette abolition, due à la condensation du tissu pulmonaire, est également un des premiers signes de la tuberculose pulmonaire au sommet.

Laënnec distingue encore :

— La respiration caverneuse au niveau des excavations ulcéreuses phthisiques, où l'on sent que l'air pénètre dans une cavité plus vaste (gargouillements et pectoriloquie font d'ailleurs le diagnostic d'avec la respiration bronchique).

— La respiration soufflante : elle se caractérise par le fait que « dans l'inspiration, l'air paraît être attiré de l'oreille de l'observateur, et que, dans l'expiration, il semble à celui-ci qu'on lui souffle de l'oreille ». Ce signe indique soit une caverne superficielle, soit une condensation pneumonique du parenchyme, soit une compression par un petit épanchement pleural.

Dans tous ces cas et dans la dilatation des bronches, « si quelque point des parois est moins dense que le reste », le timbre du souffle peut être voilé.

ARTICLE 2 : *De l'auscultation de la voix*. — Découverte et description de la pectoriloquie telles que dans l'édition 1849. Laënnec ajoute (2^e éd.) une étude de la résonance de la voix dans :

- a) Le tissu pulmonaire, mauvais conducteur de la voix;
- b) Le larynx et la trachée : la résonance de la voix qui est forte et simulerait au sommet du poumon la pectoriloquie;
- c) Les gros troncs bronchiques : la voix qui résonne mal dans la région hilaire, sauf à l'angle supérieur et interne de l'omoplate;

- d) Les petites bronches : comme dans le poumon, retentissement à peu près nul à cause de la mollesse du tissu bronchique des petites bronches, dépourvues de cartilages, et de l'étroitesse du calibre des petites bronches.

En cas de condensation du tissu pulmonaire (tubercules, infarctus, pneumonie, dilatation des bronches), la voix, comme la respiration, prend une accentuation à laquelle Laënnec donne le nom nouveau de *bronchophonie*.

On distingue la bronchophonie de la pectoriloquie (transmission de la voix localisée, si accentuée qu'on la dirait sortir du stétho) en ce que la voix ne paraît pas traverser l'appareil, est plus diffuse, et surtout ne s'accompagne pas du rôle caverneux.

- e) Les excavations tuberculeuses : c'est la *pectoriloquie* que nous retrouverons à l'étude de la phtisie :

Parfaite, si la transmission de la voix est nette, localisée et accompagnée des autres signes cavitaires;

Imparfaite, si l'un de ces caractères manque;

Douteuse, dans les cas limites, avec la bronchophonie.

Pectoriloquie parfaite égale excavation; mais une grande caverne donnera parfois peu de pectoriloquie si les tuyaux bronchiques par lesquels passent les vibrations vocales sont étroits. De plus, la pectoriloquie cesse au cas de l'ouverture large et courte de la cavité dans la plèvre ou d'ouverture sous la peau de la paroi thoracique. Elle est suspendue momentanément si des crachats viennent obstruer la communication de la caverne à la bronche.

Dans la première édition, l'étude de la phtisie suit immédiatement celle de la pectoriloquie. L'ordre de la deuxième exige que soient continués à être exposés les autres signes de l'exploration de la poitrine.

ARTICLE 3 : *De l'égophonie ou de la résonance chevrotante*. — Laënnec disait en 1819 : « de la pectoriloquie chevrotante ». Pour qu'il n'y ait pas de confusion possible entre les deux signes, il a préféré en définitive le mot « résonance » à celui de « pectoriloquie ».

Ce signe doit être distingué, non seulement de la pectoriloquie, comme il est dit en 1819, mais surtout de la bronchophonie, dont il n'était pas encore question à cette date. L'égophonie coïncide avec cette dernière si elle se produit au contact d'un gros tronc bronchique et donne alors, soit la voix éclatante, en porte-voix, soit la voix de mirliton que Laënnec constatait dans sa première édition, sans se l'expliquer. Il ajoute en 1826 : la voix éclatante ou de mirliton n'existe qu'au cas de coïncidence au hile du poumon de l'égophonie et de la bronchophonie, car l'égophonie pure existe en outre ordinairement à la partie inféro-externe de l'omoplate. Si l'on appuie fortement avec l'oreille sur le stétho, Laënnec confirme ce qu'il avait d'abord avancé avec une certaine réserve, à savoir que l'égophonie disparaît si l'épanchement augmente considérablement et se produit au moment où diminuent les gros épanchements qui d'abord ne la donnaient pas. Deux empyèmes, de 1821 et 1822, sont venus confirmer ces données (à noter que le mot empyème, au temps de Laënnec, désigne tout épanchement de la plèvre et non pas seulement le purulent). Il ajoute que dans deux cas exceptionnels il a trouvé l'égophonie sur toute l'étendue d'un poumon; celui-ci présentait des adhérences qui l'avaient empêché de se rétracter, en sorte qu'il était entouré entièrement d'une mince couche de liquide.

Autres idées nouvelles : l'égophonie est sûrement due au liquide de l'épanchement. Laënnec a eu l'idée de le vérifier en interposant entre l'oreille et la poitrine d'un bronchophonique une vessie pleine d'eau. La bronchophonie est devenue nettement chevrotante. L'épanchement aplatit à demi les petites bronches, dépourvues de cartilages (et même les grosses s'il est abondant), et en fait autant d'instruments

à anches (1), où la voix prend sa vibration nasillarde; le tissu pulmonaire condensé fait caisse de résonance. Si l'épanchement est important, le jeu des bronches est supprimé : plus d'égophonie. Quand il se résorbe, ledit jeu se reproduit, le poumon se détend, reprend sa place et l'égophonie est réentendue. Le liquide lui-même vibre à la voix; il est si nécessaire à la production du phénomène que s'il disparaît lors de la guérison de la pleurésie chez un malade atteint de symphyse pleurale, malgré l'aplatissement persistant des bronches, l'égophonie n'a plus lieu.

Laënnec définit l'égophonie avec son habituel bonheur d'expression : « une résonance chevrotante, légère et argentine à la surface du poumon ».

Il y a un cas non prévu dans la première édition où une pleurésie se développe sans donner de l'égophonie, c'est la pleurésie sèche.

Jamais d'égophonie sans épanchement de liquide. On a cru la découvrir dans la pneumonie sans pleurésie. Il y a certainement eu confusion avec la bronchophonie.

Laënnec croit indispensable de préciser les rapports et dissemblances des trois grands signes de résonance. Il s'accuse de ne l'avoir fait avec précision suffisante dans sa première édition, en sorte qu'il a pu subsister quelque confusion dans les esprits :

a) La pectoriloquie, signe d'ulcération pulmonaire, prédomine au sommet, s'accompagne de râle, toux et gargouillement caverneux; se circonscrit avec précision au niveau de la caverne et donc en un territoire restreint de la paroi.

b) La bronchophonie, au contraire, occupe une zone étendue, aux limites floues; l'air n'y « bourdonne » pas dans un espace circonscrit, mais « se répand dans les canaux bronchiques ». Les bronches étant plus encombrées dans la

(1) Laënnec était un fervent de flûte; les comparaisons musicales reviennent souvent sous sa plume. Poésie et musique sont les deux arts qu'il a surtout pratiqués.

pneumonie que dans la pleurésie, la bronchophonie disparaît momentanément (plus souvent que l'égophonie) quand disparaît ledit encombrement par élimination de sécrétion.

c) L'égophonie, phénomène de surface, se reconnaît à son timbre élevé, à son frémissement aigre tout à fait typique. A la partie postérieure du thorax seulement la « voix de polichinelle » paraîtra traverser le stéthoscope.

Egophonie et bronchophonie coexistent dans la pleuro-pneumonie. La distinction peut ne pas être simple. « Dans ce cas comme dans tous ceux qui présentent quelque incertitude, il faut s'attacher à ce qui est positif et, partant de ce point, pénétrer avec précaution dans les régions du doute. » C'est la méthode scientifique la plus sage, la plus sûre et la plus logique.

Ainsi, « il est certain » :

- 1° L'égophonie à la pleurésie;
- 2° La bronchophonie à la pneumonie;
- 3° Les deux aux cas de pleuro-pneumonie (les deux simultanées ou la pneumonie la première. Si la pleurésie a évolué la première, l'aplatissement des bronches fait qu'il ne peut y avoir bronchophonie).

Voilà le simple et le sûr.

Pour le complexe, on peut dire : Si égophonie parfaite et un peu de bronchophonie =, la pleurésie prédomine; et, dans le cas inverse, c'est la pneumonie. Le doute clinique subsiste d'ailleurs le plus souvent à l'autopsie.

Laënnec pense que trop souvent on prend la broncho-pneumonie pour l'égophonie. Erreur qu'un peu d'expérience a tôt fait de redresser.

ARTICLE 4 : *De l'auscultation de la toux.* — Laënnec distingue ici pour la première fois la « toux tubaire » dans la pneumonie, la compression causée par un épanchement pleurétique, etc. La toux peut, dans une excavation au début, préciser le gargouillement; dans une pneumonie au début, préciser les crépitaux.

Ne pas abuser du procédé de faire tousser les malades pour ne pas les fatiguer, encore que le plus souvent une seule secousse suffise.

ARTICLE 5 : *Les râles, le tintement métallique :*

Râles : Râle trachéal, crépitant (Laënnec ajoute dans la deuxième édition le qualificatif « humide »), muqueux ou gargouillement (très gros, gros, moyen ou menu — c'est le crépitant — caractérisé par une éclosion de bulles inégales plus ou moins nombreuses ou espacées). Il se rencontre dans la pneumonie et la phtisie, dans lesquelles il marque abcès ou cavernè, et la toux montre qu'il se localise à ce niveau seul; dans le catarrhe et l'hémoptysie, où il traduit un encombrement des bronches par des mucosités ou du sang. Le râle muqueux s'accompagne parfois à la percussion d'un bruit de *pot fêlé* (indice de caverne), ou d'une sensation suggestive du malade localisée au lieu même de la caverne, ou de battements de la sous-clavière dans les cas rares où elle côtoie l'une des parois de l'excavation; sonore, sec ou ronflement; sibilant sec, râle crépitant sec à grosses bulles ou craquement décrit pour la première fois dans l'édition 1826, seulement inspiratoire, donne le bruit d'une « vessie sèche que l'on insuffle » : signe d'emphysème.

Pour tout le reste, la description des râles est la même qu'en 1819.

Le tintement métallique : Rien d'inédit dans ce paragraphe qu'on retrouvera en entier au paragraphe correspondant de la première édition. L'éloge affectueux et grave de Bayle qui y est joint dans la dite première édition est reporté au chapitre des épanchements thoraciques (moins l'apostrophe au médecin adversaire de Bayle — Broussais? — qui avait écrit l'article : « M. Bayle n'a pas tout vu »). Se défendant cette fois de toute polémique qui ne fut pas strictement d'idée scientifique, Laënnec a supprimé définitivement cette partie de l'éloge où il disait sa confiance en l'avenir pour mettre en lumière l'œuvre et le caractère moral de son ami disparu.

Le bourdonnement amphorique : Semblable à celui qu'on produit en soufflant dans une carafe, existe surtout en cas de cavité fistuleuse et très grande avec peu de liquide. Laënnec a vérifié en 1822 que tintement et bourdonnement coexistaient dans la plèvre après l'empyème. En tout cas, ils n'ont jamais lieu dans le pneumothorax, à moins que celui-ci ne communique avec l'extérieur.

Il décrit ensuite le phénomène dit du frottement ascendant et descendant, qu'il dit être un signe de l'emphysème interlobulaire.

Des applications de l'auscultation à la grossesse, au diagnostic des fractures, de la pierre vésicale, des abcès du foie, des maladies des fosses nasales et à la cure de la surditité, disons que, sauf pour la première, elles n'ont guère conservé depuis Laënnec qu'un intérêt historique.

Elles figuraient pour la première fois dans l'édition définitive.

Telles sont les nouvelles acquisitions de l'édition de 1826. Nous ne nous sommes occupé ici que d'elles, laissant de côté tout ce qui figurait dans celle de 1819.

Elles renouvellent le sujet et fixent avec une maîtrise souveraine la séméiologie des affections pulmonaires.

QUATRIÈME PARTIE

DES PRODUCTIONS ACCIDENTELLES DÉVELOPPÉES DANS LE POUMON

- I. — Des kystes.
- II. — Des vers vésiculaires.
- III. — Concrétions cartilagineuses, osseuses, etc.
- IV. — Des mélanoses.
- V. — Des encéphaloïdes.
- VI. — Affections des vaisseaux et des nerfs du poumon.
- VII. — Asthme.
- VIII. — PHTISIE PULMONAIRE.

C'est un chapitre des plus importants de la deuxième édition, puisqu'il comprend, cette fois, en outre des kystes, kystes hydatiques, mélanose, encéphaloïdes du poumon :

- 1° toute l'étude sur la phtisie, que Laënnec avait placée presque aux premières pages de la première édition;
- 2° deux petits chapitres sur les affections des vaisseaux du poumon et sur les affections nerveuses du poumon (asthme).

Il faut se souvenir :

- a) que de 1803 à 1805, Laënnec avait donné deux séries de leçons d'anatomie pathologique sur « Les altérations de texture par le développement d'un tissu accidentel »;
- b) que l'article de Dupuytren sur le même sujet est de novembre 1804;

- c) qu'en février 1805, Laënnec réclamait son bien à Dupuytren, qui s'était tranquillement approprié les idées de son ancien ami et collaborateur au sujet desdites productions accidentelles;
- d) d'un mémoire sur les vers vésiculaires en juin 1804 à la Société de l'Ecole;
- e) d'un autre sur la mélanose en janvier 1806.

Ce sujet lui était donc familier depuis longtemps, et il y attachait sûrement une importance primordiale, puisque, dans l'édition de 1826, il n'hésite pas à grossir cette troisième section du très important chapitre sur la phtisie : « Je préfère commencer cette section par la description des tubercules, vu que ce que nous aurons à dire de plusieurs autres espèces de production (celles qui ont des analogies dans l'économie animale) en deviendra beaucoup plus clair », ajoute-t-il dans l'édition de 1826 à son Introduction de ladite section.

Cette introduction est à peu près semblable, mot pour mot, dans les deux éditions. En 1826, Laënnec débute avec plus d'assurance (une assurance magistrale : il est professeur de clinique médicale depuis 1823) par une claire et rigoureuse définition du terme « production accidentelle ».

« J'appelle, dit-il, productions accidentelles toutes les substances étrangères à l'état normal que diverses aberrations de la nutrition peuvent développer dans nos organes... Elles ont (tissu cellulaire, séreux, muqueux, fibreux, osseux) des analogies dans l'économie animale ou non (cancers). »

Dans la première édition il ajoute : « Je ne parlerai ici que de celles de ces productions que j'ai eu l'occasion de bien étudier ou qui ont fixé d'une manière particulière l'attention des observateurs. »

Dans la deuxième, plus simplement : « Je ne parlerai ici que de celles de ces productions que j'ai eu l'occasion de rencontrer dans le poumon. » (1).

(1) Il ne tient à parler que des choses qu'il a vues personnellement.

*
* *

Toutes ces tumeurs ont une symptomatologie commune (dyspnée, toux, expectoration). Elles tuent plus par compression que par cachexie, et dans le dernier cas — ajoute la deuxième édition — elles se sont toujours ramollies avant d'altérer profondément la nutrition.

Les tubercules aussi ne produisent l'amaigrissement et fièvres coutumières qu'après leur ramollissement, c'est-à-dire après une longue évolution, malgré que, dans quelques cas, Bayle (dans la première édition, Laënnec écrivait *Monsieur Bayle*) l'a montré, « la phtisie se développe et la mort survient » à l'époque de crudité des tubercules.

Laënnec, en 1826, notamment dans le passage qui nous occupe, parle de « stéthoscope », mot qu'il avait pourtant inventé dès la première édition, mais il y désignait encore l'instrument, le plus souvent, sous le nom de « cylindre ».

La tumeur fait le silence à son niveau, quand on l'ausculte, à condition qu'elle ait un certain volume, celui d'un œuf au moins. Au cas de petites tumeurs, on n'a le plus souvent pas de modification de la respiration (à l'ouverture, les poumons, dans l'intervalle des tubercules crépitent normalement), même quand le poids du poumon malade fait le double du poids normal (« le double ou le triple », première édition) à cause des tubercules et que le poids de ces derniers atteint plus du tiers de celui du poumon (première édition : « plus du quart »).

Les tumeurs ne compriment pas plus le poumon que les tubercules; seulement, s'il y a quelque engorgement du tissu entre les tumeurs, il existe de la matité et du silence respiratoire.

Dans l'édition princeps, Laënnec ajoutait : « Les tumeurs ou les tubercules du médiastin, qui sont souvent cause de râle, notamment les anévrismes de l'aorte, devraient donner les mêmes signes (matité, silence respiratoire). Cela doit être, mais je ne l'ai pas encore vérifié. » Le passage est supprimé dans l'édition de 1826.

I. — *Des kystes.*

Pas une ligne n'est changée d'une édition à l'autre dans ce chapitre, sauf une correction, qui est importante il est vrai. Le kyste (non hydatique) du poumon est d'une extrême rareté chez l'homme. Laënnec n'en a trouvé dans toute sa carrière que deux ou trois, encore écrit-il en 1826, et c'est la correction annoncée : « Je suis porté à croire qu'ils avaient contenu autrefois des vers vésiculaires. »

Ce chapitre ne paraît donc pas avoir une grande portée pratique, puisqu'il traite de rarissimes exceptions.

II. — *Des vers vésiculaires.*

A la description très complète que Laënnec donnait dans sa première édition des kystes hydatiques, il ajoute ces quelques remarques :

a) Comme les abcès du foie, les kystes du foie peuvent sans doute se vider à travers le diaphragme dans les bronches. On doit alors avoir au niveau du foie tous les signes stéthoscopiques de la caverne pulmonaire.

b) Dans un cas de kyste pulmonaire vidé par les bronches, Beaugendre, élève de Laënnec, entendit un « ronchus caverneux » et un gargouillement indépendant du murmure vésiculaire, qu'il attribua à la « contraction automatique des vers vésiculaires ».

Traitement : a) kyste pulmonaire reconnu et intact : l'empyème, comme pour un épanchement pleurétique.

b) kyste ouvert avec expectoration d'hydatides : le sel commun, qui guérit les moutons hydatiques dans les prés salins; les bains salés ont guéri un kyste ouvert dans les intestins; il peut y avoir guérison spontanée même sans que le kyste élimine son contenu; celui-ci se ratatine alors, résorbe son liquide et ses parasites, puis disparaît.

III. — *Concrétions cartilagineuses, osseuses, pétérées et crétaées.*

Aucune modification d'une édition à l'autre, sinon de mots et sans importance.

Les unes comme les autres, dans l'immense majorité des cas, sont des productions de guérison des lésions tuberculeuses. Cullen y voyait l'origine de l'asthme; pour lui, elle venait du dépôt des poussières à la surface des bronches et des alvéoles. C'est impossible, dit Laënnec; ces poussières ne sauraient se concréter en masses aussi importantes; on les trouve d'ailleurs parfois à l'autopsie de gens qui n'ont jamais eu d'asthme ni de gêne respiratoire. Elles n'ont alors aucune signification. Bayle, prenant l'effet pour la cause, voyait dans ces concrétions une cause de phtisie.

IV. — *Des mélanoses.*

Même distinction solidement établie entre la tumeur mélanique dure, de pronostic fatal, et la matière noire normale des bronches et poumons. Idée nouvelle : cette matière noire viendrait-elle en partie au moins de la fumée des lampes ou des combustibles de chauffage et d'éclairage? Beaucoup de sujets qui ne sont pas exposés à la dite fumée (vieillards, campagnards) n'ont pas de matière noire pulmonaire. Oui, mais des gens qui y étaient exposés n'en avaient pas davantage. Alors?

Suivent, identiques à celles de la première édition, les deux observations de mélanoses.

V. — *Des encéphaloïdes.*

Aucune espèce de modification du chapitre d'une édition à l'autre.

En somme, peu de corrections ou enrichissements importants relativement aux productions accidentelles autres que tuberculeuses, de la pensée de Laënnec de 1819 à 1826. Sans

doute, depuis les mémoires et leçons de 1803 à 1806, ce chapitre était-il bâti *ne varietur* dans l'esprit du maître de l'auscultation médiate.

VI. — *Affections des vaisseaux et nerfs du poumon.*

Deux courtes études inédites de la deuxième édition :

Vaisseaux. — Quelques très rares cas d'anévrisme de l'artère pulmonaire ou de varices et infarctus des veines pulmonaires.

Les vaisseaux du poumon sont souvent comprimés et obli-térés en cas de condensation pulmonaire (« engorgement » dans le langage médical du siècle dernier), hépatisation, tubercules, « engorgement hémoptoïque », infarctus tuberculeux ou « péripleurésie chronique », épanchement pleurétique.

Les vaisseaux redeviennent perméables quand la lésion rétrocede, et Laënnec y voit dans le cas de la pleurésie une indication à la ponction et à l'empyème.

Nerfs. — Quoique richement innervé par le pneumogastrique, le poumon lui-même n'est presque jamais douloureux au cours de ses lésions les plus accentuées (pneumonie, infarctus, bacilliose, catarrhe étendu). Il n'en est plus de même au cas de l'atteinte la plus légère de la plèvre, toujours douloureuse.

Fréquence et description des névralgies intercostales.

Elles peuvent en imposer pour une lésion profonde du thorax. Elles suivent le trajet des nerfs de la paroi, qui ne présentent le plus souvent que peu d'altérations anatomiques (congestion du névrilème).

Traitement des névrites thoraciques : Frictions au sublimé ou au calomel. Essayer les balsamiques à l'intérieur (copahu, térébenthine), en surveillant l'entérite qu'ils peuvent occasionner. Surtout aimantation à l'aide des plaques magnétiques employées pour l'angor (*angina pectoris*).

Le diagnostic est à faire entre les névralgies intercostales

et les douleurs thoraciques de la chlorose, des gastrites ou entérites par fermentation et du catarrhe.

DYSPNEES NERVEUSES

VII. — *Asthme.*

(Paragraphe 556 à 561, édition princeps.

CHAPITRE VIII, édition définitive.)

Cette étude, dans l'édition princeps, fait suite à celle du catarrhe chronique sec, avec plus de logique, semble-t-il. Dans la deuxième, Laënnec joint l'asthme aux productions accidentelles du poumon.

ARTICLE 1

A. — Asthme relevant d'une cause organique.

Il le rattache toutefois dès l'abord au catarrhe chronique et à l'emphysème.

Autres causes : 1° l'œdème chronique du poumon; 2° les affections nerveuses (apoplexie, hystérie, épilepsie), quand elles ne s'accompagnent d'aucune altération anatomique congestive du poumon; 3° la dyspnée asthmatiforme des nerveux, des obèses, des algiques thoraciques rhumatisants; 4° celles des paralysés du diaphragme par compression nerveuse centrale (au-dessus de la 4^e vertèbre cervicale); 5° asthme des gastriques et entérites nerveuses.

Quoi qu'il en soit, l'asthme peut être aussi une pure dyspnée nerveuse (*sine materia*). Il suppose alors l'intégrité des organes.

Deux sortes d'asthme :

- a) l'asthme avec respiration puérile;
- b) l'asthme spasmodique.

Division ébauchée dans la première édition : l'asthme à caractère puéril, alinéa 558.

L'asthme spasmodique, appelé convulsif, alinéa 559.

ARTICLE 2.

ASTHME AVEC RESPIRATION PUÉRILE.

Rappelle le type puéril de la respiration (inspiration rapide et courte). L'enfant court plus volontiers que l'homme mûr, ses besoins d'aération pulmonaire sont plus intenses. L'asthmatique respire vite et superficiellement; ses poumons, dilatés, ne reçoivent cependant pas assez d'air.

Laënnec souligne plus clairement dans la deuxième que dans la première édition que cette forme est purement nerveuse, car elle s'associe plutôt à la forme « catarrhe sec », qui ne présente pas d'obstacle sérieux à la ventilation pulmonaire, qu'à la forme « catarrhe humide », où le champ de l'hématose est fortement réduit; et cependant, dans cette dernière, la respiration se montre normale.

Quelle cause à la crise de dyspnée des catarrheux secs?

a) Dans la première édition, Laënnec répond : fluide nerveux ou principe vital, « suivant le langage des anciennes écoles », ou besoin accru d'oxygène, ce qui revient à une altération purement nerveuse sans lésion organique (*sine materiæ*).

b) Dans la deuxième édition : trouble de l'innervation ou besoin d'oxygénation, suivant la théorie chimique moderne de la respiration, à laquelle il n'adhère pas entièrement. Nouvel argument en faveur de l'explication « asthme-modifications de l'innervation ». La respiration est souvent la même, examinée au stéthoscope avant, pendant et après la crise.

ARTICLE 3.

ASTHME SPASMODIQUE (*anciennement convulsif*).

Développement du sujet :

Dans la première édition, un alinéa de la valeur d'une page environ;

Dans la deuxième édition, 20 pages.

La dénomination d'asthme convulsif est de Cullen. Dans la première édition, Laënnec, avec toutes sortes d'hésitations, le distinguait à peine de l'emphysème. L'anatomo-pathologiste ne rencontrait à l'autopsie des asthmatiques que les lésions de l'emphysème. Le clinicien déclarait douter qu'il y eût des asthmes avec les périodes de rémission nettement tranchées décrites classiquement. De plus, le cylindre ne lui faisait percevoir que les signes de l'emphysème.

En 1826, il étudie la question de plus près et conclut à la légitimité du syndrome « asthme convulsif », qu'il met sous la dépendance prépondérante de troubles nerveux. « La plupart des attaques d'asthme, quoique dues à plusieurs causes réunies, le sont principalement à une altération primitive et momentanée de l'influence nerveuse. »

D'abord, la dyspnée spasmodique à redoublements nocturnes est-elle une entité morbide spécifique? Y a-t-il vraiment un asthme spasmodique? Beaucoup d'auteurs contemporains à Laënnec en doutent, puisque les divers catarrhes, les lésions cardiaques, les épanchements pleurétiques même, peuvent donner des crises semblables de dyspnée paroxystiques, certaines mêmes à prédominance nocturne.

Le spasme s'explique par la contracture des fibres de Reissessen et l'étranglement des bronchioles, qui empêchent l'air de pénétrer dans les alvéoles.

Le poumon est-il doué d'une « expansion et d'une contraction propres (comme le pénis et le mamelon, et, à un moindre degré, la rétine et l'utérus) ». C'est plus que probable, répond Laënnec, car :

- 1° le poumon d'un chien thoracotomisé s'affaisse d'abord, puis reprend une expansion et un retrait manifestement propres à l'organe;
- 2° le poumon qui fait hernie à travers une plaie thoracique est susceptible de se dilater dans l'inspiration;
- 3° chez le vieillard à thorax bloqué par l'ossification des cartilages costaux, la respiration se fait souvent sans à-coups ni dyspnée.

Dans ces trois ordres de faits, on ne saurait faire intervenir le seul jeu du diaphragme pour expliquer celui du poumon. Ce dernier a donc une « action propre et indépendante des autres puissances inspiratrices et expiratrices ».

D'autres raisons encore prouvent cette autonomie physiologique de la contraction du poumon :

1° Si l'adulte sain ne peut volontairement rendre à sa respiration le caractère puéril, celui-ci reparait de lui-même en cas de lésion massive du poumon, et ceci indépendamment de toute inspiration excessive; au contraire à l'occasion de l'inspiration la plus faible.

2° « L'inspiration qui précède la toux et celle qui la suit donnent un bruit respiratoire assez fort, tandis que les autres, quelque étendues qu'elles soient, n'en donnent qu'un peu sensible. »

Qu'on ne vienne pas dire qu'il s'agit du « déplacement provoqué par la toux de quelques globules de mucosité », l'observation est valable en dehors de toute secousse de toux dans le cas d'un sujet présentant quelques points d'obscurité respiratoire si on le soumet à une expiration forcée (par une lecture prolongée, par exemple) suivie d'une inspiration énergique. Il se produit alors à l'auscultation un bruit respiratoire accentué, indice d'un spasme des alvéoles et des bronchioles terminales, qui « cède momentanément au besoin de respirer ».

3° Les « obèses haletants » ou les sujets jeunes qui viennent de courir jusqu'à en perdre haleine ne montrent plus à l'auscultation qu'un bruit respiratoire minime; celui-ci ne redevient normal qu'après quelques instants de repos. Donc, il faut admettre la réalité du spasme pulmonaire et bronchique, et ce spasme est un peu sous la dépendance de la volonté, puisqu'il y a des inspirations qui ne s'accompagnent d'aucun murmure vésiculaire : il y a bien un asthme spasmodique.

Le plus souvent, sous la dépendance de la bronchite chronique et de l'emphysème (chez les vieux emphysemateux),

il peut exister de la submatité, et Laënnec l'attribue à une habitude du poumon de ne fonctionner qu'à moitié rendement, les alvéoles ne se distendant alors qu'à demi et le tissu pulmonaire en étant rendu plus compact.

L'asthme peut exister sans catarrhe dans un nombre restreint de cas; les autopsies le prouvent.

Alors il faut admettre l'unique cause : influence nerveuse. Le plus souvent, celle-ci s'exerce concurremment à la cause bronchique (dans l'asthme des vieillards surtout).

C'est une émotion, une crise de goutte à son déclin, une odeur vive, une variation atmosphérique, une crainte de suffocation, une émanation de gaz oxyde de plomb qui déclenchent la crise d'asthme, et avec elle d'autres phénomènes purement nerveux, tels que : gaz intestinaux et convulsions. D'ailleurs, le catarrhe lui-même est sous la dépendance des nerfs.

TRAITEMENT DE L'ASTHME, D'APRÈS LAËNNEC.

a) Celui des catarrhes : vomitifs, qui font dérivation et vident les bronches, agissant aussi des plus heureusement sur le système nerveux; alcools toniques généraux;

b) Celui des troubles nerveux : délicat. Il y aura à tâtonner, à essayer de divers moyens avant de trouver le bon pour chaque cas :

1° Diminuer les besoins d'air (d'oxygénation) du malade en le rapprochant de la condition respiratoire du sommeil et des animaux dormeurs (la marmotte). Pour ce, conseiller le long sommeil, les narcotiques : opium, belladone, datura (pomme épineuse), aconit, tabac fumé ou chiqué, jusquiame (à doses croissantes et en poudre fraîche);

2° Donner de l'oxygène pur pendant les crises (difficulté de s'en procurer à l'époque);

3° Des toniques généraux : strychnine, arsenic.

Personnellement, Laënnec donne la préférence à l'eau de laurier-cerise, aux résines, musc, castoréus, assa foetida, camphre; au quinquina en cas de crises cycliques.

La galvanisation et l'aimantation ne donnent que des résultats inconstants.

Médicaments préventifs de l'asthme : sous-carbonate de fer et café.

La saignée est à recommander seulement en cas de congestion du poumon.

B. — Angine de poitrine.

Dans la première édition, alinéa 557, Laënnec ébauchait sans y insister l'importante question des rapports de l'asthme avec l'angine de poitrine en avouant son insuffisance d'expérience et d'observation au cylindre sur ce point. Nous retrouvons dans la deuxième édition un petit chapitre (article 1 du chapitre XXIX, p. 745 à 752) sur « l'angina pectoris ».

1° *Les symptômes* en sont consciencieusement décrits : constriction rétro-sternale; engourdissement de la face interne du bras gauche; névralgies du cubital et des nerfs intercostaux; caractère intense, terrible, de la douleur; dyspnée très forte, avec orthopnée. La crise cesse tout à coup, laissant seulement « une torpeur dans les membres et surtout dans le bras gauche ».

2° *L'étiologie* :

a) Ossification des coronaires pour Heberden. Laënnec n'y croit pas, beaucoup d'autopsies d'angineux ayant montré l'intégrité des coronaires.

b) Laënnec note la « coïncidence », simple coïncidence de l'angor avec l'hypertrophie du cœur.

c) Il croit à une simple névrite :

- du pneumogastrique au cas de douleur dans le poumon et le cœur à la fois;
- du grand sympathique au cas de douleur purement cardiaque, avec intégrité de la respiration;

- des nerfs du plexus brachial, du plexus cervical superficiel, associée aux précédentes;
- névralgie de l'hémithorax droit et du membre inférieur droit.

3° *L'évolution et le pronostic.* — Pas si graves, d'après Laënnec, que le veulent les auteurs étrangers.

4° *Traitement :*

a) L'aimantation par deux plaques d'acier aimanté, l'une pré, l'autre rétrosternale, moyen assez fidèle, employé pour guérir d'autres algies viscérales, qui donne lieu à une dermite particulière (une magnéto-dermite), surtout sur la paroi antérieure du thorax;

b) Sangsues, saignée chez les pléthoriques, vésicatoires, calmants (eau de laurier-cerise);

c) Prophylaxie de l'angine : Régime et bains.

VIII. — *Phtisie pulmonaire.*

Correspondance des deux éditions du « Traité » de Laënnec.

EDITION I	EDITION II
<i>Article premier.</i>	<i>Chapitre premier.</i>
Des tubercules du poumon, al. 27 à 56.	Des tubercules du poumon ou de la phtisie pulmonaire, tome I, p. 532 à 562.
	<i>Article premier.</i>
	Les tubercules sont-ils un produit de l'inflammation? p. 562 à 641.
<i>Article quatre.</i>	<i>Article deux.</i>
La guérison de la phtisie est-elle possible? al. 91 à 126.	La guérison de la phtisie est-elle possible? p. 580 à 641.
	<i>Article trois.</i>
	Causes occasionnelles de la phtisie pulmonaire, p. 641 à 653.

Article trois.

- a) Appréciation de la valeur respective des différents signes de la phtisie, al. 81 à 91.
- b) Variétés de la pectoriloquie, al. 56 à 67.
- c) Du tintement métallique, al. 565 à 573.
- d) Caractères du tintement métallique dans une vaste excavation fistuleuse tuberculeuse, al. 277 à 279.

Article cinq.

De l'expectoration ou des vomiques, al. 126 à 144.
Phtisie latente, al. 462.

Article quatre.

Signes physiques des tubercules, p. 653 à 680.

Article cinq.

Symptômes et marche de la phtisie pulmonaire, p. 680 à 703.

Article six.

Traitement de la phtisie pulmonaire, p. 703 à 719.

1. Anatomie pathologique.

Dans sa première édition, dès le début de l'article, Laënnec citait l'importance de l'œuvre de son ami Bayle au sujet de l'évolution anatomo-pathologique des tubercules.

Il distinguait :

- a) une forme normale : le tubercule;
- b) deux formes anormales, dont l'une correspondait à l'infiltration tuberculeuse gélatiniforme ci-dessous; l'autre s'en rapprochant beaucoup, n'a pas été retenue dans la deuxième classification

Il y faut joindre — mais la division n'est pas nette dans cette première édition :

- c) la granulation miliaire de Bayle;
- d) les tubercules enkystés.

L'édition définitive met au point cette division. Elle distingue :

- a) des formes isolées et saillantes : les tubercules;
- b) des formes planes et étendues : les infiltrations.

Les deux formes, de grises transparentes deviennent jaunes opaques, se ramollissent et enfin s'excavent.

Les tubercules.

A. — LES TUBERCULES MILIAIRES ET CRUS.

1° Forme. — A leur caractère de « petits grains demi-transparentes, gris, du volume d'un grain de millet, à un grain de chènevis... (durs plus que œuf dur et bien moins que le cartilage [note manuscrite sur une leçon]) ». Laënnec ajoute en 1826 : a) que leur forme, ronde au premier aspect, paraît à la loupe plus irrégulière de contour; b) qu'ils font corps intimement avec le tissu pulmonaire.

2° Evolution. — a) Ils se groupent par masses et jaunissent du centre à la périphérie. De plus, ils fusionnent, dit Laënnec dans la deuxième édition, et ne deviennent le plus souvent tout à fait jaunes et opaques que longtemps après leur fusion, comme le montre une section de l'une de ces petites masses en évolution sur laquelle on distingue les points jaunes centraux et la zone grise périphérique (tubercules crus jaunes).

b) L'auteur précise aussi le volume des tubercules à l'état isolé; ils ne dépassent jamais celui d'une amande.

B. — LES GRANULATIONS MILIAIRES.

On trouve décrites dès 1819 leur transparence, leur forme ronde. En 1826, Laënnec ne parle plus de « leur surface lisse et luisante » ni du fait qu'elles naissent toutes le même jour et se développent toutes également. Par contre, il signale en

plus leur groupement en masse ferme par contiguïté des éléments, mais, à la coupe, chaque granulation se reconnaît avec son autonomie et séparée de la voisine par du tissu cellulaire sain.

Au sujet de l'erreur de Bayle, qui se refusait à reconnaître la même origine aux tubercules et aux granulations et voulait faire de ces dernières une néoformation cartilagineuse, Laënnec ajoute dans sa deuxième édition :

1°. Bayle n'avait pas saisi les relations et les différences entre « la matière grise demi-transparente » des tubercules crus et « les tubercules jaunes et opaques ». Chacune des autres productions accidentelles, sans analogie dans l'organisme, la mélanose mise à part, débute ainsi par une substance incolore, lardacée, qui évolue ensuite suivant les apports morbides d'une nutrition viciée.

2°. La couleur grise de certains tubercules vient, croit Laënnec, de la coexistence d'une surproduction de la « matière noire » du poumon. Si cette surproduction n'existe pas, les tubercules restent transparents, « cela pour l'ensemble du poumon, et non pas seulement pour les tuberculoses bronchiques, comme il l'avancait dans sa première édition ».

C. — LES TUBERCULES ENKYSTÉS.

Avant la période de ramollissement des tubercules, où le plus souvent, au cas de lésion phtisique torpide, il advient que se développe un tissu cartilagineux en dessous de la fausse membrane tapissant les excavations préexistantes. Cette membrane cartilagineuse constitue les tubercules enkystés de Bayle. Laënnec, qui s'étend fort peu dans sa première édition sur cette sorte de tubercule, indique dans l'édition de 1826 que ces kystes blancs ou gris perle adhèrent fortement au tissu pulmonaire et aux tubercules crus. Ce cartilage peut-il s'ossifier? Bayle le pensait, et Laënnec, en 1826, cite un cas de kyste tuberculeux ossifié découvert par un de ses élèves.

Les infiltrations.

A. — INFILTRATIONS TUBERCULEUSES GRISES.

Elles se développent autour des cavernes (édition 1826), autour des tubercules crus (1^{re} édition), et Laënnec complète sa description, en 1826, par ces deux considérations :

a) Le tissu pulmonaire ainsi infiltré devient cartilagineux, lisse, poli à la coupe, et l'on n'y reconnaît plus la structure normale du poumon;

b) On a voulu y voir une forme de pneumonie chronique, ce qui est absolument inexact, comme il sera dit au chapitre de l'étiologie de la tuberculose.

B. — INFILTRATIONS TUBERCULEUSES GÉLATINIFORMES.

C'est un stade de début de l'infiltration précédente. Nous lisons dans l'édition définitive que cette infiltration ressemble à de la gelée, à de l'œdème pulmonaire, sauf que les vésicules n'y sont pas visibles et que l'évolution jaune de ces deux modes d'infiltration (gélatiniforme et grise) est plus rapide que celle des tubercules. Ils prennent alors la forme de masse jaune en profondeur, jamais en saillie.

*
* *

Sur le ramollissement des tubercules, la formation des excavations et les colonnes de tissu pulmonaire envahi de bacilloles qui les traversent, le mode de progression des produits tuberculeux qui écartent les vaisseaux sans les oblitérer et au contraire compriment les bronches, le développement de la fausse membrane qui tapisse les cavernes ou son absence et son rôle dans la formation du pus, nulle modification des conceptions de Laënnec de l'une à l'autre édition.

*
* *

S'il y a beaucoup de tubercules, il peut arriver que la mort survienne avant qu'ils soient ulcérés. Et, complète Laënnec en 1826, « cela est fort rare », à moins que vienne se surajouter à la phtisie « quelque autre affection également grave ou capable au moins de hâter la mort ».

Une remarque féconde et toute nouvelle enrichit dans l'édition définitive cette fin du chapitre de l'anatomie pathologique du poumon phtisique. Laënnec insiste sur « le développement successif des tubercules dans les diverses parties du poumon ». Le sommet est pris le premier (surtout le droit); parfois les lésions s'y cantonnent, et les régions moyennes et inférieures de l'organe restent saines (alors le malade ne paraît pas un phtisique).

Bien plus souvent il y a des cavernes au sommet et imprégnation secondaire de tubercules crus dans le reste du poumon, laquelle est contemporaine du ramollissement des lésions des sommets.

Ou alors, de haut en bas de l'organe, se rencontre toute la gamme des lésions bacillaires : les plus anciennes et les plus accentuées, les excavations au sommet; puis les tubercules jaunes, les crus centrés de jaunes; enfin, à la base, les tubercules crus transparents.

Il peut arriver que l'imprégnation débute par le centre du poumon (très rare), par le poumon gauche (c'est moins rare), que le malade succombe à une première atteinte massive (c'est exceptionnel).

*
* *

ATTEINTE TUBERCULEUSE DES AUTRES ORGANES QUE LE POUMON.

Dans l'édition de 1826, à la liste des organes qui sont le siège de localisations bacillaires secondaires, Laënnec ajoute les os. La tuberculose y cause, croit-il, les ostéosarcomes.

Il y donne aussi un paragraphe absolument inédit sur les *altérations diverses qui accompagnent ordinairement la phtisie pulmonaire.*

Elles frappent :

1° Le tissu cellulaire graisseux : amaigrissement considérable;

2° Les os : s'amoiindrissent, surtout en largeur, la longueur ne variant pas;

3° Le thorax : très rétréci, et Laënnec en donne les deux raisons suivantes :

a) les pleurésies (si fréquentes dans la phtisie) qui guérissent en occasionnant ce rétrécissement;

b) un processus naturel de défense contre l'invasion bacillaire;

4° Les séreuses : plus pâles;

5° Le cœur : plus « vermeil » et plus « ferme »;

6° Les intestins : les ulcérations tuberculeuses, fréquentes sur la dernière partie du grêle, vont de dedans en dehors, de la muqueuse à la séreuse; la perforation est rare et le péritoine réagit par des adhérences qui oblitérent la perte de substance, agglutinent les anses et se couvrent elles-mêmes secondairement de tubercules; ou alors il se passe dans la phtisie ce qu'on a signalé dans certains cas de perforations viscérales : une sorte d'exsudation vient coller l'intestin au péritoine, sans qu'il y ait péritonite; la fistule à l'anus ne paraît pas, comme on le croit communément, prolonger la vie des phtisiques;

7° Le foie : devient cirrheux sans qu'on puisse invoquer, comme l'a fait M. Broussais, une sympathie inflammatoire entre le duodénum et lui, le duodénum étant très rarement lésé par la tuberculose.

Laënnec ajoute que les tuberculeux paraissent moins sujets aux escarres et se décomposent moins vite après la mort.

2. *Les tubercules sont-ils un produit de l'inflammation?*

On l'admettait autrefois. Laënnec croyait, à l'aide de l'anatomie pathologique, avoir montré nettement la spécificité de la tuberculose, son unicité. Il continuait ainsi les idées de Bayle et avait rapidement posé et solutionné la question en ce qui concerne la pneumonie dans la première édition du *Traité*.

En 1826, il y revient longuement.

Il doit répondre à Broussais, qui s'est fait le champion impétueux de l'ancienne théorie et tend à remettre tout en question (Bayle étant mort en mai 1816, la première édition de « l'examen de la doctrine généralement adoptée » est de septembre 1816; la deuxième de l'été de 1819).

L'inflammation? dit Laënnec. Il ne s'agit pas de se contenter, comme Broussais, d'assertions et de raisonnements. Quelle inflammation? Il y en a trois principales au poumon : laquelle est responsable de la tuberculose, la pneumonie, le catarrhe, la pleurésie?

a) *Est-ce la pneumonie aiguë?*

Y a-t-il d'abord fréquence de la coexistence des tubercules et d'hépatisation? Non cliniquement, non sous le rapport de l'anatomie pathologique.

Y a-t-il possibilité de cette coexistence? Oui; quelques rares tubercules récents peuvent être remarqués sur un foyer de pneumonie : c'est la rarissime exception. On peut l'expliquer par une disposition tuberculeuse, préalable à la pneumonie, et par la congestion de l'organe qui fait point d'appel pour l'infection phtisique.

Au surplus, qu'on établisse les points de transition de l'une des maladies à l'autre, par l'anatomie pathologique, comme Laënnec l'a fait pour les diverses formes de la tuberculose. Sur le terrain de l'anatomie pathologique, Laënnec attend Broussais de pied ferme.

Pour arriver à la même conclusion, Laënnec, dans la pre-

mière édition, tirait argument du manque d'inflammation générale causé par la matière tuberculeuse; exemple : a) les ganglions tuberculeux qui arrivent à la suppuration sans fièvre ni phénomènes d'inflammation locale; b) les nombreux organes attaqués de phtisie (intestin, péritoine, foie, etc.), qui ne sont atteints d'aucun phénomène inflammatoire. Quel rapport cette évolution peut-elle avoir avec celle d'une phlegmasie comme la pneumonie?

On le voit, d'une édition à l'autre, l'argumentation a varié si les conclusions sont identiques en ce qui concerne les rapports de la phtisie avec la pneumonie aiguë. Laënnec réserve, on le verra plus loin, l'argument de l'évolution froide des abcès ganglionnaires à l'article : « La tuberculose est-elle consécutive à l'inflammation pleurétique? »

b) *Est-ce la pneumonie chronique?*

Il est à peine fait allusion aux rapports de la pneumonie chronique avec la tuberculose dans l'édition de 1819.

En 1826, Laënnec fait remarquer combien différentes les allures anatomo-pathologiques des deux affections : a) pneumonie chronique = engouement des vésicules pulmonaires, rouges, vertes ou jaunes, serrées étroitement l'une contre l'autre; le pus sourd si on les pique; b) tubercules = masses incolores, dures, se fusionnant au sein de tissus pulmonaires normaux et arrivant à se confondre l'une dans l'autre.

Laënnec prend ici vivement à partie Broussais, qui, ne paraissant pas avoir eu occasion de rencontrer (traduire : « qui, ne connaissant pas ») la pneumonie chronique, veut la trouver dans la phtisie. Il est vrai que cette opinion était la sienne il y a déjà quelque temps. Il en a peut-être changé depuis : cela lui arrive si souvent! On sent que le ton du débat monterait vite à celui des *Provinciales* (les propositions sont-elles ou ne sont-elles pas dans le livre de Saint Augustin, etc.) ou des *Lettres* du jeune Jean Racine aux jansénistes de Port-Royal.

c) *Est-ce le catarrhe ?*

d) *Est-ce la pleurésie ?*

Deux discussions qui ne figurent pas dans l'édition originale :

c) Est-ce le catarrhe? Le vulgaire répondra sans barguigner : « oui », (En effet, à combien de rhumes négligés la phtisie ne succède-t-elle pas) et M. Broussais, non moins spontanément : « oui », et parlera d'irritations, d'« aberrations indéfinies » (on devine ici le sourire de Laënnec).

En fait, et pour parler raisonnablement, la phtisie débute souvent par le catarrhe, mais parfois non. Certains phtisiques n'ont même jamais eu le catarrhe, d'autres n'en ont qu'après une évolution déjà avancée de la phtisie. Egalement, quantité de catarrheux ne font pas et ne feront jamais de tuberculose (exemple : les marins).

Au point de vue d'anatomie pathologique, montrez un peu les formes de transition entre catarrhe et phtisie? (même argument de maître spécialisé que pour la pneumonie).

M. Broussais paraît penser décidément, en 1826, que c'est du catarrhe qu'il peut tirer la phtisie. Un de ses élèves a même soutenu que lui, disciple, pouvait à sa volonté créer des lésions tuberculeuses dans le poumon sain d'un chien rien qu'en l'irritant et en contusionnant les bronches. Malheureusement on ne l'a pas jusqu'à ce jour vu faire ce qu'il annonçait. Quand il s'y décidera il y aura à examiner si l'auteur de l'expérience, plus savant que son maître Broussais, est bien capable de distinguer pus de tubercule.

d) La pleurésie? La tuberculose peut-elle être déterminée par la pleurésie? Laënnec nous étonne un peu dès l'abord quand il déclare que la chose est impossible et absurde, « l'inflammation d'un organe ne pouvant se terminer dans un autre ». Sans doute, poursuit-il, pleurésie et phtisie peuvent coïncider, mais les constatations d'autopsie démontrent péremptoirement que c'est la phtisie qui a précédé, les premières granulations se produisant sans aucun symptôme clinique.

Evidemment, Broussais, pour qui la phtisie peut bien venir du diable pourvu qu'elle vienne de quelque irritation, a voulu prouver que c'était parfois de l'irritation de la pleurésie. « L'irritation se transporte directement ou par sympathie de la plèvre au poumon ».

Définissons donc une fois pour toutes cette fameuse irritation, dit Laënnec en bon cartésien. Broussais s'est bien gardé de le faire. Au sens classique du mot, c'est « un surcroît d'action déterminé dans un coin de l'économie par une cause mécanique ou chimique qui altère l'intégrité des tissus et produit de la douleur et un afflux vers le point lésé ». Une épine irritative organique détermine un afflux de sang, l'attire à soi. L'irritation devient même sa propre cause à soi, un pur être de raison, d'ailleurs désaxé et absurde en ses conséquences, et Laënnec de mettre plaisamment en garde le matérialiste Broussais contre un tel excès de spiritualisme.

Comment les tubercules se formeraient-ils par l'irritation, puisqu'ils n'occasionnent ni congestion ni douleur? Comment l'irritation serait-elle la cause de deux productions différentes : pus dans la plèvre, tubercules sur le poumon? Ne me dites pas : « Chaque organe réagit à sa façon propre contre l'irritation : la plèvre par le pus, le poumon par les tubercules ». Je répondrais : « Dans la phtisie, il arrive que la plèvre soit couverte de tubercules et que le poumon fasse du pus. » Suit une discussion assez subtile et difficile à suivre pour un médecin de nos jours sur les « perversions d'action » et les irritations. Laënnec ne s'y attarde d'ailleurs pas et son argumentation de combat redevient directement efficace dès qu'il retrouve le contact avec les humbles et fortes réalités de la pratique médicale et de l'anatomie pathologique. Ainsi le géant de la fable reprenait sa vigueur native dès qu'il retrouvait le contact du sol.

La pleurésie (comme le Forlanini contemporain) « comprime le poumon, l'aplatit contre le médiastin, le prive de sang et de suc lymphatique ». Si la tuberculose était d'ori-

gine « inflammatoire et irritative », la pleurésie, loin de la causer, la guérirait mécaniquement. Or, la pratique nous apprend que c'est le tubercule qui fait épine irritative et déclenche l'épanchement, et que la phtisie résiste le plus souvent à la pleurésie sous forme de tubercules ramollis ou d'excavation au sommet.

Non, la phtisie ne peut être d'origine irritative. Une preuve en est (déjà développée et dans les mêmes termes au paragraphe 44 de la première édition) : les ganglions qui mettent des années à s'abcéder sans phénomènes inflammatoires. Et une autre (paragraphe 45 de la 1^{re} édition) : la multiplicité des organes atteints secondairement de phtisie sans inflammation.

L'irritation ne cause pas plus la syphilis, le cancer, la coqueluche, le scorbut, ni les fièvres éruptives, que la phtisie. A noter que ces diverses affections peuvent être une cause seconde ou occasionnelle de la tuberculose.

On le voit, Laënnec tenait beaucoup à jeter bas la théorie dite physiologique de l'irritation de Broussais, qui nous paraît aujourd'hui bien caduque. Si l'on oublie la personnalité de Broussais, chef de l'école adverse, on ne peut se retenir de penser : « Comme Laënnec se donne du mal pour combattre une si chétive théorie adverse ! » De fait, il développe ici toute la puissance de sa dialectique et pèse dans le débat de tout le poids de ses incomparables travaux d'anatomie pathologique. C'est que, si Broussais triomphait, c'en était fait de toutes les idées de Bayle et de celles de Laënnec sur la tuberculose. La théorie physiologique (une physiologie sommaire, imprécise et fausse) triomphait de l'anatomo-clinique.

Peut-être, en lisant le maître de la deuxième édition du *Traité de l'auscultation médiate*, sera-t-on tenté de trouver que ses procédés de défense manquent un peu de l'objectivité et de la sérénité scientifiques; qu'il s'attaque trop souvent à la personne de Broussais, au moins à la personne du professeur et du savant. Il ne manque pas, d'ailleurs,

de faire remarquer gentiment à Broussais qu'il est le médecin du Val-de-Grâce qui a perdu le plus de malades en cinq ans et qu'il y a beaucoup plus de mortalité à Paris depuis qu'il y a pris de l'influence.

Oh ! l'amère jubilation de Molière s'il avait pu lire cette polémique !

Qu'on songe pour juger équitablement dans le débat à la violence des injures que se permettait Broussais à l'égard de Laënnec dans son enseignement et ses livres.

De plus, en 1826, Laënnec défendait les idées et la mémoire de son cher Bayle, mort à la peine. Qui défendra Laënnec lui-même contre les invectives et la haine de Broussais, sept ans après qu'il aura succombé à son tour à la phtisie ?

3. *La guérison de la phtisie est-elle possible ?*

On disait autrefois — et Broussais dit encore aujourd'hui (1826) — pourquoi pas ? Il ne s'agit jamais que d'une inflammation chronique comme les autres. Il n'est que de la dépister dès son premier degré.

Les médecins modernes au courant des travaux de l'anatomie pathologique disent : non. La phtisie n'est pas plus curable, même au premier degré, que le cancer.

Pourtant, un assez grand nombre de faits prouvent à Laënnec (il écrivait plus timidement dans la première édition : « me donne la conviction intime ») que la phtisie n'était pas toujours incurable, même à la période cavitaire.

Ses idées n'ont pas varié sur ce point. Elles sont seulement affirmées avec plus de conviction et d'autorité dans l'édition de 1826, et appuyées des cinq mêmes observations, auxquelles Laënnec n'a rien modifié.

Il ajoute seulement, à la fin de l'observation XXI, qui portait dans la première édition le n° V, ces quelques considérations au sujet des cicatrices de lésions cavitaires :

Les cicatrices pulmonaires intérieures qui marquent la guérison d'une lésion tuberculeuse forment à la surface du

poumon un froncement qui les décèle. Depuis l'édition de 1819, il s'est découvert tant de froncements cicatriciels dans les autopsies qu'on s'est mis à douter qu'ils correspondent effectivement à des lésions fermées et guéries. Il n'y a pas lieu de s'étonner de leur nombre élevé, dit Laënnec, « les tubercules du poumon emportent à Paris du quart au cinquième des hommes ». Rien de surprenant à ce que se multiplient les cas de lésions guéries depuis qu'on y prête plus d'attention. D'autant que, sur un même sujet, l'affection évolue par poussées successives, toutes susceptibles de se fermer. Les signes cliniques n'ont rien de bruyant chez un sujet atteint de quelques lésions évolutives discrètes, tôt guéries par des cicatrices quasi insaisissables, surtout à un examen sommaire, comme en pratiquent trop de médecins. Si les autopsies de sujets décédés d'une autre affection que la phtisie étaient faites plus consciencieusement, les cas de lésions phtisiques guéries se multiplieraient encore davantage, car il est quantité de gens dits bien portants qui présentent quelques tubercules discrets.

Idée tout à fait moderne, qui rejoint nos conceptions actuelles de la bacillose.

L'observation XXV (obs. IX de la 1^{re} édition), si curieuse, de l'Anglais, phtisique cavitare depuis 1813, resté pectoriloque et guéri malgré que « se laissant entraîner de temps en temps à des parties de plaisir que, parmi ses compatriotes, les hommes de bonne compagnie ne s'interdisent pas toujours, mais qu'en France on appellerait des orgies », montre un cas évident de guérison clinique de la tuberculose. La guérison se poursuivait encore en 1824, époque à laquelle un médecin anglais, Clarke, et Laënnec lui-même ont pu voir le malade.

Comme conclusion : la tuberculose peut parfaitement guérir, comme le scrofule guérit, par élimination de la matière morbide et cicatrisation. Le poumon, fut-il en partie détruit par une blessure, peut guérir, et le blessé avoir une longue survie, cela malgré l'introduction de l'air dans la plèvre.

Rien n'empêche de penser que le poumon tuberculeux puisse guérir de cette manière.

4. Causes occasionnelles de la phtisie pulmonaire.

(Chapitre, en entier nouveau, de l'édition de 1826.)

a) *Le froid.* — Dans le nord de l'Europe et de l'Amérique, il y a plus de phtisiques qu'ailleurs. Mais si le froid en est la cause, d'où vient que les régions hautes des Alpes n'ont pas de phtisiques. Il y fait pourtant aussi froid. D'ailleurs, les pays à climat tempéré sont très atteints. Il est vrai que les tropiques ne le sont nullement. Nous ne connaissons guère que les côtes de ces pays. Les régions éloignées de la mer sont-elles indemnes? Il faudrait voir.

Se découvrir si l'on est en sueur peut rendre tuberculeux certes, mais davantage pneumonique, ou catarrheux, ou pleurétique. L'imprégnation tuberculeuse qui a suivi ces diverses maladies remonte peut-être à avant si l'on admet que celle-ci peut rester latente de longs mois.

Les marins, les populations des bords de la mer, n'ont pas de cas de phtisie. A Douarnenez, en deux ans, 6 cas, dont 3 ont guéri, sur une population de 4.000 habitants. A noter que les conditions matérielles de 600 d'entre eux, matelots détenus en Angleterre comme prisonniers de guerre et rapatriés, étaient très défectueuses (syphilis, misère physiologique).

b) *L'hémoptysie.* — Il peut paraître étrange en 1933 qu'on ait pu discuter au temps de Laënnec pour savoir si l'hémoptysie était une cause ou un effet de la bacillose. En tout cas, sans le secours du microscope, rien que par la clinique et l'anatomie pathologique, le maître de l'auscultation médiate affirme que l'hémoptysie est secondaire à la phtisie et ne peut en aucun cas lui être une cause. Les signes stéthoscopiques, le fait que l'hémoptysie reparait à diverses époques de la tuberculose, la préexistence des tubercules à l'hémor-

ragie, ne laissent aucun doute à ce sujet. Que ceux-ci agissent à la manière de l'épine irritative de van Helmont, Laënnec y consent. Mais qu'ils causent la phtisie, allons donc ! Pourquoi alors les hémoptysies par infarctus ou par blessure du poumon ne conduisent-elles jamais à l'évolution tuberculeuse ?

c) *Les « passions tristes »*. — Laënnec entend par là le surmenage nerveux des villes, la débauche (ici écoutons le pudique maître de la Charité : « Les mauvaises mœurs et la mauvaise conduite en tous genres, y étant plus communes, sont souvent la cause de regrets amers qu'aucune consolation et que le temps même ne peuvent adoucir. ») Autres passions tristes : la dépression nerveuse, la neurasthénie, engendrées par certaines règles monastiques trop rigoureuses. Laënnec cite un exemple personnel d'un couvent parisien où toutes les religieuses étaient successivement atteintes de phtisie. Il n'incrimine pas les privations physiques, l'alimentation insuffisante, seulement les mortifications excessives d'une règle destinée à briser les caractères et personnalités en vue de la perfection morale. Les religieuses qui pouvaient échapper à la claustration et compression morales (la tourière, la supérieure) échappaient aussi à la phtisie.

d) *Les fièvres graves* (continues ou intermittentes) donnaient plutôt lieu à des formes fibreuses de tubercules.

e) *La contagion*. — Question de premier ordre : la phtisie est-elle contagieuse ? Et Laënnec de répondre : pas en France toujours. Toutefois, il atténue aussitôt cette erreur en recommandant, au nom de « la prudence et de la propreté », de prendre des précautions relativement aux objets de literie et vêtements des phtisiques. Et il raconte une histoire personnelle d'inoculation d'un chancre tuberculeux par piqûre anatomique qui nous fait dresser l'oreille quant à l'évolution de la propre bacillose de Laënnec.

L'affaire remonte à 1806 ; il n'y attache aucune importance quant à son état au moment de la publication de la deuxième édition. Croit-il qu'elle n'en a vraiment eu aucune ou

souhaite-t-il que l'on ne s'intéresse pas à sa personne? (Sa santé? contingence; la science, voilà la seule chose qui compte.) Nous inclinierions à admettre cette dernière hypothèse. Laënnec ne devait se faire aucune illusion quant à la nature du mal qui l'avait contraint déjà plusieurs fois à cesser toute occupation et devait l'emporter cette même année 1826.

Le moins qu'on puisse penser de cette inoculation de 1806 est qu'elle ne fut pas sans influence sur le développement de la bacillose de Laënnec. Premier foyer ranimant un germe latent et de petite virulence, que devaient exalter un jour le surmenage intellectuel, l'impureté et l'insuffisance de l'air de Paris, les contaminations de l'hôpital.

f) *Les prédispositions héréditaires.* — Leur influence lui paraît considérable (famille de 15 enfants, dont 14 moururent jeunes de bacillose; le quinzième était atteint, mais a résisté; le père et la mère indemnes), mais non absolument constante.

Il décrit la constitution dite tuberculeuse : « blancheur de la peau, rougeur vive des pommettes, étroitesse de la poitrine, etc.), qu'il attribue avec Arétée plutôt aux hémoptysiques qu'aux tuberculeux (?); la phtisie s'attaquant presque aussi bien aux hommes les plus solides.

g) *L'âge.* — Tout âge a ses phtisiques. Bayle pensait que c'est surtout de 40 à 50 ans.

Laënnec conclut que la germination des tubercules est la seule cause occasionnelle de l'infection et affirme une fois de plus la spécificité (il ne dit pas « du germe », le mot ne sera créé qu'après la découverte de Koch, cinquante-six ans après) « de l'altération » tuberculeuse, qu'on ne peut vraiment attribuer à l'irritation ou inflammation de Broussais. Celle-ci ne saurait être qu'une occasion de la tuberculose. C'est le rôle le plus important qu'on puisse accorder à l'irritation dans la genèse de cette affection.

5. *Signes physiques des tubercules.*

Les éléments de cet article, comme on le voit au tableau de concordance qui figure en tête du chapitre de la phtisie au présent essai, se retrouvent épars en plusieurs points du livre de Laënnec (1^{re} édition).

Groupés et nettement dégagés dans l'article IV de la deuxième édition, ils forment l'un de ces chapitres magistraux auxquels on n'a guère ajouté depuis, que des détails.

Les premiers signes physiques de la phtisie passent le plus souvent inaperçus. C'est dans la région de la clavicule qu'il les faut chercher d'abord.

Il y a à distinguer :

a) SIGNES D'ACCUMULATION DES TUBERCULES CRUS. — Submatité à la percussion de la région claviculaire, surtout à droite, et de la région interscapulaire en arrière, en coïncidence avec de la bronchophonie dans les mêmes zones.

b) SIGNES DU RAMOLLISSEMENT DES TUBERCULES :

1° *Gargouillement* à l'auscultation, « dont la matière épaisse frappe l'oreille en masse ». (Notons une fois de plus la justesse et la précision extrême des termes, le don de suggestion verbale, qui font de Laënnec un très grand écrivain de langue médicale.) Plus tard, il devient plus liquide; la respiration et la toux caverneuse, enfin la pectoriloquie, viennent rendre évident le diagnostic d'excavation. Parfois, quand cette expectoration est vidée, la percussion redevient normale, et Laënnec attribue ce phénomène, qui ne doit pas être pris pour une amélioration de la lésion, « au développement autour d'elle d'un grand nombre de tubercules crus ».

2° *Bruit de pot fêlé*, déjà indiqué au chapitre de la séméiologie, que Barth et Roger décrivent ainsi dans le petit *Traité de l'auscultation* de 1844 : « Parfois, on détermine, par la percussion de la région sous-claviculaire, un son clair accompagné d'un petit claquement particulier, d'où résulte un bruit semblable à celui que rendrait sous le choc du doigt

un vase fêlé...; il annonce dans l'immense majorité des cas une caverne pulmonaire, le plus souvent tuberculeuse.

3° *Souffle simple ou voilé, qui se produit tout contre l'oreille de l'observateur.* Ce souffle « suit immédiatement la voix » (al. 73, 1^{re} éd.).

c) SIGNES DE LA VACUITÉ D'UNE CAVERNE :

La pectoriloquie, signe auquel Laënnec attachait une importance capitale et sur lequel il insiste encore ici :

1° Douteuse, elle ne doit pas être prise en considération comme signe cavitaire si elle siège dans l'espace interscapulaire, sous l'aisselle ou dans la région sterno-claviculaire; si elle est bilatérale. Elle est un signe sérieux d'excavation si elle siège au-dessous de la 4^e côte et est unilatérale.

2° Imparfaite, etc.

Pour ces divers signes, nous retrouvons mot pour mot la teneur des alinéas 60 à 66, 69 à 79.

Une unique addition au texte de la première édition :

« Quelquefois, la pectoriloquie est plus habituellement suspendue dans les excavations anfractueuses et multiloculaires. »

Par contre, les indications de la première édition relatives à des points de pratique (position à prendre par l'auscultateur), pour la recherche de l'exploration de la voix en avant, sur les côtés, en haut et en arrière, assis; soin qu'on doit prendre de faire tourner la tête du malade du côté opposé à celui qu'on ausculte, « cette précaution a le double avantage d'éviter la rencontre de son haleine et de rendre sa voix moins facile à entendre, et par conséquent la pectoriloquie plus parfaite ». Ces indications ont été supprimées et nous ne les avons pas retrouvées dans la deuxième édition au chapitre de séméiologie ci-dessus étudié.

L'observation de l'autopsie faite par Récamier et les soins à prendre aux autopsies pour la recherche des cavernes cachées se retrouvent ici (p. 664, 2^e édition : concordance : note de l'alinéa 81 de la 1^{re} édition).

La pectoriloquie disparaît : a) parfois dans les grandes cavernes, et y est remplacée par la respiration amphorique (s'il n'y a plus de liquide dans la cavité pulmonaire) et le tintement métallique (s'il n'y en a que peu); b) s'il y a ouverture dans la plèvre de l'excavation, cas envisagé déjà au chapitre de la séméiologie : pectoriloquie.

Les deux observations XXVIII et XXIX, qui achèvent l'article, sont des exemples de tintement métallique et sont celles qui portent les numéros XXXVII et XXXVIII audit chapitre VII, page 91, tome II, de la première édition.

6. *Symptômes et marche de la phtisie.*

En 1826, Laënnec distingue avec netteté cinq formes de la phtisie : phtisie régulière manifeste, phtisie irrégulière manifeste, phtisies latentes, aiguës et chroniques. Il préfère cette classification à celle adoptée avant lui : phtisie au début, confirmée et sans espoir, qui ne lui paraît pas légitime, les signes généraux ne correspondant pas avec précision à l'évolution des signes physiques et d'auscultation. La classification actuelle, qui est anatomo-pathologique en périodes de crudité, de ramollissement et de caverne, est en somme celle que Laënnec avait choisie. Celle que nous venons d'énoncer ne tend à classer que les formes d'évolution de l'affection.

a) PHTISIE RÉGULIÈRE MANIFESTE OU PHTISIE DES ANCIENS.

Elle débute par un catarrhe, dont les anciens avaient voulu faire la cause de la maladie. Toux, expectoration muqueuse, fièvre à recrudescences méridienne et nocturne, sueurs « énormes », surtout matinales, petites hémoptysies (qui ne prouvent nullement, aux dires de Laënnec, la germination des tubercules), cessation des règles chez la femme, tels sont les premiers signes de la forme normale. Tous ces signes ne coïncident pas aussitôt avec une atteinte grave visible de l'organisme. Mais dès que la fièvre hectique s'établit, que

les déperditions aqueuses s'accélèrent par les sueurs, les selles, l'expectoration, le facies devient blafard, jaunâtre, l'évolution s'accroît.

Alors s'installe le type phtisique que Laënnec silhouette d'un ferme crayon : visage amaigri, creusé, pommettes rouges, thorax rétréci, ventre rétracté, os réduits de volume et ongles bombés.

Laënnec décrit ensuite les pseudo-rémissions de la tuberculose après qu'une caverne est vidée : température, expectoration, s'amendent; les forces semblent reprendre jusqu'à la prochaine période de fonte des tubercules. Les douleurs thoraciques sont fréquentes dans la tuberculose (douleurs de pleurite, névralgies de la paroi).

Il ne paraît pas avoir retenu en 1826 sa classification des phtisies en fonction des crachats :

Première période : expectoration abondante, incolore, filante, à type mucus bronchique (période qui correspond à l'éclosion des tubercules crus);

Deuxième période : crachats opaques, jaunâtres, purulents et contenant parfois des débris de matières tuberculeuses avec quelques filets de sang (période cavitaire).

Il insiste seulement sur le fait qu'on ne peut tirer aucun élément de diagnostic de l'examen des crachats. Rien ne ressemble plus à un crachat de catarrheux qu'un crachat de phtisique, même cendré ou puriforme. Et cela vient de ce que l'élément catarrheux existe toujours dans la tuberculose et que la quasi-totalité de l'expectoration est d'origine catarrhale.

L'exemple de la jeune Anglaise qui rendait en abondance des crachats purulents, semblant contenir des débris pulmonaires, et dont les poumons à l'autopsie furent reconnus absolument sains (les pseudo-débris pulmonaires étaient des matières sébacées venues des cryptes amygdaliennes), corroborent cette notion (elle se trouve déjà dans la première édition) qu'il peut y avoir aisément erreur dans l'appréciation des débris ramollis d'expectoration phtisique.

L'étude des vomiques est la répétition exacte des paragraphes 126 à 130 de l'édition princeps. Une seule édition relative aux autres causes de vomique : les pleurésies purulentes, les abcès du poumon, que Laënnec déclare très rares, et les abcès du foie ouverts dans les bronches à travers le diaphragme.

Nul élément certain du diagnostic de la phtisie en l'état actuel des connaissances et de la chimie, en dehors des signes donnés par la percussion et l'auscultation. Les plus grossières erreurs ont été commises par des médecins peu au courant des méthodes d'auscultation par le stéthoscope.

b) PHTISIE IRRÉGULIÈRE MANIFESTE.

C'est celle qui débute par un autre organe que le poumon : l'intestin surtout et le péritoine. Description des grands signes de l'entérite et de la péritonite tuberculeuses (à formes ulcéro-adhésive et ganglionnaire). La localisation ultérieure au poumon est toujours grave et les choses marchent dès lors très vite.

c) PHTISIE LATENTE.

Il est rare qu'elle le soit jusqu'au bout, mais un malade atteint de « dyspnée hypocondriaque, scorbut, de maladie vénérienne, d'intoxication par le mercure ou de catarrhe chronique, peut ne présenter des signes d'imprégnation tuberculeuse qu'en fin de maladie.

Le catarrhe notamment, phtisique ou simple, peut s'accompagner d'hémoptysies, de fièvre et d'amaigrissement (on conçoit les difficultés du diagnostic avant l'ère du microscope).

d) PHTISIES AIGÜES.

Laënnec pressent ici et décrit presque au complet la granulie d'Empis. « J'ai vu mourir à l'Hôpital Cochin... une jeune fille de 18 ans d'une rare beauté (on pensait à un simple catarrhe); l'amaigrissement était si peu sensible au moment de la mort que le sujet n'avait encore rien perdu de la per-

fection de ses formes. » (Admiration discrète et regret quasi sensuel, qu'on trouve rarement exprimés dans l'œuvre de Laënnec.)

Fièvre intense, pas de signes stéthoscopiques, une imprégnation massive de tubercules; il ne parle pas de dyspnée, mais de « catarrhe très aigu ».

e) PHTISIES CHRONIQUES.

Ce sont celles à marche très lente (cinq ans, six ans, quarante ans écrivait Bayle), avec de longues périodes de rémission entre les phases ouvertes, comme nous disons aujourd'hui. Laënnec cite un colon de l'Île-de-France dont la phtisie, qui procédait par poussées aiguës très espacées, mit trente-deux ans à l'emporter.

7. *Traitement de la phtisie pulmonaire.*

S'il y a quelques cas de guérison de phtisie, Laënnec ne nie pas que cette « terrible maladie » ne soit trop souvent incurable. Il n'a guère envie de sourire quand il écrit : « On ne peut méconnaître une maladie incurable lorsqu'on voit tenter tour à tour contre elle presque toutes les substances médicamenteuses connues, opposées; proposer chaque jour des remèdes nouveaux, exhumer des moyens qui, trop vantés autrefois, étaient restés longtemps dans un juste oubli : rien de constant enfin que l'emploi des palliatifs et des moyens propres à remplir des indications purement symptomatiques. »

Il y a lieu de distinguer les indications, les remèdes efficaces à ce jour (1826), le traitement symptomatique.

a) INDICATIONS.

1° *Eviter les poussées ultérieures de phtisie :*

La saignée : Ce moyen d'obvier aux poussées inflammatoires dans les maladies, Broussais l'a érigé, avec sa superbe assurance, en un moyen curatif, puisqu'il doit arrêter le

catarrhe, la pneumonie et la pleurésie, lesquels sont les causes de la phtisie. Ceux qui n'ont pas saigné à temps dans ces affections sont ceux dont les clients montrent le plus de séquelles tuberculeuses. Et Laënnec de répondre : « Vous ne saignez pas plus que les autres, et, comme les camarades, vous arrêtez quand le patient arrive à la syncope. Tout le monde saigne à bloc également ces hémoptysiques. Cela arrête l'hémoptysie mais non la tuberculose. Quant aux catarrheux, malgré vos saignées, ils n'en deviennent pas moins phtisiques si c'est leur destin, puisque beaucoup de phtisiques commencent par la bronchite. Allez donc persuader vos patients et vos élèves, Monsieur Broussais, de se couvrir de sangsues et de se mettre à une diète exténuante chaque fois qu'ils s'enrhumeront. »

Et Laënnec, avec un grand courage, à l'époque du *Traité*, de déconseiller la saignée au cours de la phtisie comme inutile dans le plus grand nombre des cas et nuisible dans presque tous.

Les cautères : On est sidéré quand on compulse la liste des horribles supplices qui formaient le traitement classique de la tuberculose au début du xix^e siècle : fer et cuivre rouges, moxas, cautères, vésicatoires et lardoirs à l'envie, ou de petits setons anodins perforant la marge de l'anus. Laënnec devait passer pour un timide qui n'appliquait sur la peau du patient que des morceaux de potasse caustique ou des vésicatoires sur la face interne des cuisses pour faire revénir les règles des phtisiques.

2° *Favoriser le ramollissement des tubercules* :

Médication dite fondante : eau de chaux, eaux sulfureuses, nitrate de potasse et sels d'ammoniaque, mercure, antimoine (cette dernière donnée comme expectorant).

Cicatrisants : balsamiques (tolu, térébenthine), purgatifs (soufre).

Atmosphères artificielles : vapeurs aromatiques, combustion de zinc, de plomb, de soufre (fumet des étables), inhalations d'hydrogène et d'hydrogène sulfureux, fumée des

chandellès. Laënnec discute gravement de tous ces moyens, qu'il ne trouve pas très efficaces. Il pense que le quinquina, les balsamiques, hâtent la transformation cartilagineuse des cicatrices des excavations.

Empyriques : inefficaces, aux dires de Laënnec. Nous trouvons mêlés dans cette liste le charbon, l'agaric, les champignons, les huîtres et la vipère, l'électricité, les cloportes, le quinquina, le sucre de roses, l'exercice de l'escarpolette.

Plus sérieusement, Laënnec dit les bienfaits de l'air de la montagne et de la campagne, surtout des bords de mer (Nice, Hyères, les Canaries), de sa chère Bretagne surtout. Il a tenté de créer une atmosphère marine artificielle, à l'aide on dit aujourd'hui « des résultats ». En cela il s'accordait avec Broussais qui écrivit de belles pages sur la cure climatique de la tuberculose.

b) TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE.

Contre la toux : émollients et mucilages, laits (de femme, d'ânesse, de vache, de chèvre), féculents; et comme drogue : l'opium (il dénie à l'aconit et à la belladone, ainsi qu'aux antimoniaux, toute efficacité sérieuse).

Contre la diarrhée : opium, mucilages, n'ont jamais guéri un vrai ulcère tuberculeux intestinal.

Contre la dyspnée, l'opium, etc.

Contre la congestion, les saignées modérées.

Laënnec conclut enfin « que quoique la guérison de la phtisie tuberculeuse soit possible pour la nature, elle ne l'est point encore pour la médecine ».

Convenons que si la triple cure (repos, alimentation, aération), le pneumothorax et les sels d'or nous ont autorisé récemment à faire quelque appel de cette rude sentence, elle a encore force de loi dans la grande majorité des cas.

CONCLUSIONS

En somme, l'édition définitive du *Traité de l'auscultation médiate* marque un remaniement et un enrichissement considérables de presque tous les chapitres, mais surtout de celui de la phtisie :

- a) Les formes pathologiques sont nettement classées : tubercules d'une part, infiltrations de l'autre.
- b) La généralisation de l'affection aux autres organes, et
- c) l'étiologie avec l'évolution sont bien décrites.
- d) Surtout l'étude des signes phtisiques et des formes de la phtisie est demeurée classique en entier.
- e) Enfin, le traitement est un essai de classification des moins mauvaises parmi les méthodes alors en cours, dont quelques-unes nous surprennent fort aujourd'hui.

Le chapitre forme un tout complet et d'un ordre rigoureux, qui laisse loin derrière soi l'amas un peu confus de richesses neuves du chapitre correspondant dans la première édition.

La lutte contre Broussais a fait Laënnec prendre position vaillamment et carrément en ce qui concerne la spécificité, l'unicité de la tuberculose. De la première à la deuxième édition, nous assistons à la transformation de ces idées à ce sujet. Non, la phtisie n'est pas un produit d'inflammation; la tubercule n'est pas qu'un nodule inflammatoire, un reliquat de catarrhe ou de pneumonie chronique, c'est une production étrangère à l'organisme, ayant une vie spéciale.

Laënnec ouvre la voie toute grande aux découvertes de Villemin sur la nature virulente, infectieuse et inoculable des lésions tuberculeuses (1865), et de Koch (1882). Il est le

père des doctrines modernes sur la phtisie. La féconde alliance et le contrôle réciproque qu'il a instaurés de la clinique et de l'anatomie pathologique sont à la base de son œuvre magnifique.

Laënnec écrivait dans la préface de sa deuxième édition : « J'ai changé entièrement l'ordre suivi dans la première édition; la plupart des faits qu'elle contenait étant tout à fait nouveaux, j'avais cru devoir suivre presque partout une marche analytique. Cette fois, au contraire, les observations principales ayant été vérifiées, un grand nombre de fois et dans toute l'Europe, j'ai suivi la méthode de synthétique, comme plus courte... »

La première édition du *Traité*, c'est la découverte, grâce au cylindre, des matériaux et leur amasement, leur entroposition.

La deuxième, c'est l'édification et la belle ordonnance définitive de l'œuvre, simple, claire, rigoureuse, à la française.

VU, POUR LE DOYEN :

L'Assesseur,

J. GUYOT.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

P. MAURIAC.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 13 juillet 1933.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

« Auscultation, geste superbement symbolique de curiosité inquiète, de charité, de confiance. Il est bien et naturel que ce soit Laënnec, esprit religieux, qui nous l'ait appris; tout en priant, il expérimenta et, d'emblée, s'élève aux sommets. »

P. MAURIAC.

Nouvelles rencontres : Laënnec.

BIBLIOGRAPHIE

- Quatre premières éditions du Traité de l'auscultation médiate.
Introduction et premier chapitre du Traité inédit d'anatomie pathologique de Laënnec recueillis par Cornil. Une brochure illustrée, 77 p. Alcan, 1884.
- SAINTIGNON. — Laënnec, sa vie et son œuvre. In-8°, 488 p. Baillière, 1904. Thèse de Paris.
- ROUXEAU. — Laënnec avant 1806. In-8° ill., 296 p. Baillière, 1912.
— Laënnec après 1806. In-8° ill., 434 p. Baillière, 1920.
- BON (Dr H.). — Laënnec, 1781-1826. Collection « Les grands Catholiques des XIX^e et XX^e siècles ». Publ. Lumière, Dijon, 1925.
Une brochure in-16, 168 p.
- LAËNNEC. — Documents inédits publiés à l'occasion de son centenaire. Paris, Masson, 1926. Un vol. in-4°.
- MAURIAC (P.). — Nouvelles rencontres (Aux confins de la médecine). Laënnec. Un vol. in-12°. Grasset, édit., 1930.
- DUCLOS (H.). — Laënnec (avec préface du Prof. BERNARD). Un vol. in-12. Flammarion. Collection « Les chefs de file », 1932.
Thèse de Paris.
- CHEVALIER (A.). — L'esprit d'observation de Laënnec dans son cours de 1824 à 1825 au Collège de France. Imprimerie de l'Anjou, Angers, 1933. Thèse de Paris.

